

Б.В. ЗЕЙГАРНИК * **ВВЕДЕНИЕ
В ПАТОПСИХОЛОГИЮ**

ВЕ
В ПАТС

МОСКО

Б. В. ЗЕЙГАРНИК

ВВЕДЕНИЕ В ПАТОПСИХОЛОГИЮ

ИЗДАТЕЛЬСТВО
МОСКОВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА
1969

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Предмет и задачи патопсихологии	5
Глава II. Исторический обзор	12
Глава III. Принципы построения патопсихологического эксперимента	25
Глава IV. Нарушения умственной работоспособности	38
Глава V. Нарушения мышления	52
Глава VI. Нарушения личности психически больных и пути их исследования	121
Глава VII. Соотношение распада и развития психики	151
Литература	160

Печатается по постановлению
Редакционно-издательского совета
Московского университета

Зейгарник Блюма Вульфовна
ВВЕДЕНИЕ В ПАТОПСИХОЛОГИЮ

Тематический план 1968 г. № 34
Редактор *Е. П. Поликанова*
Переплет художника *Клейнбарда И. С.*
Технический редактор *Е. Д. Захарова*
Корректоры *С. С. Мазурская, В. П. Кададинская*

Сдано в набор 26.IV 1968 г.	Подписано к печати 30.I 1969 г.
Л-24245 Формат 84×108 ¹ / ₃₂	Бумага тип. 3 Физ. печ. л. 5,375
Усл. печ. л. 9,03	Уч.-изд. л. 9,54 Изд. № 550
Заказ 83	Тираж 9000 экз. Цена 77 коп.

Издательство Московского университета
Москва, Ленинские горы, Административный корпус.
Типография Изд-ва МГУ. Москва, Ленинские горы

ПРЕДИСЛОВИЕ

За последние годы психологическая наука значительно расширила и обогатила свои связи с медицинской практикой, прежде всего с психиатрической.

Это направление, получившее название экспериментальной патопсихологии, тесно связано с практическими задачами психиатрии: дифференциально-диагностическими, установлением структуры и степени снижения, динамики психических нарушений под влиянием лечения и др.

Не меньшее значение имеет эта область знания для теоретических проблем психологии и психиатрии. Изучение патологически измененных психических процессов помогает осветить некоторые вопросы строения и формирования психической деятельности. Данные патопсихологических исследований имеют большое значение и в преодолении биологизаторских тенденций при трактовке психики человека.

Данная книга не ставит целью дать исчерпывающее изложение всех разделов патопсихологии. Она вводит читателя лишь в круг тех вопросов, которые являются в настоящее время экспериментально наиболее разработанными. Это проблемы нарушения умственной работоспособности, проблема нарушений мышления, методология построения эксперимента в психиатрической клинике, некоторые вопросы нарушений мотивационной сферы, распада и развития психики.

В книгу вошли некоторые переработанные разделы книги автора «Патология мышления».

Книга рассчитана на студентов-психологов, на психологов и врачей, работающих в области психиатрии.

Фактическим материалом, на котором основаны положения книги, являются экспериментально-психологические исследования автора и его сотрудников.

Эти исследования проведены в лаборатории экспериментальной патопсихологии Московского института психиатрии, который в течение многих лет является базой факультета психологии МГУ. Коллективу института и особенно сотрудникам психологической лаборатории выражаю свою искреннюю благодарность. Выражаю также свою признательность коллективу врачей и психологов психоневрологической больницы № 4 им. Ганнушкина за постоянную помощь в работе.

Автор

Пр
Пре
психич
лезни
номерн
патопс
стями
общая
формир
гия —
ной дея
Явл
исходит
разреш
психиат
Пат
хиатрии
значени
обоих о
Изуч
ных пут
в норм
менее ва
для теор
Следу
ниями
для врач
не только

ГЛАВА I

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ПАТОПСИХОЛОГИИ

Предметом патопсихологии являются нарушения психической деятельности, возникающие вследствие болезни мозга. Если общая психология занимается закономерностями строения и формирования психики, то патопсихология занимается структурой и закономерностями различных форм ее распада. Так, например, если общая психология изучает закономерности, по которым формируется и протекает мышление, то патопсихология — закономерности и формы нарушений мыслительной деятельности.

Являясь разделом общей психологии, патопсихология исходит из ее теоретических положений и направлена на разрешение задач, поставленных перед ней практикой психиатрической клиники.

Патопсихология находится на стыке двух наук: психиатрии и психологии. Данные патопсихологии имеют значение для теоретических и практических вопросов обеих отраслей знания.

Изучение изменений психики является одним из важных путей анализа строения психической деятельности в норме и развития общепсихологической теории. Не менее важны данные патопсихологических исследований для теоретических и практических вопросов психиатрии.

Следует отметить, что ознакомление с представлениями и данными современной психологии необходимо для врача любой специальности. Любой врач имеет дело не только с больным организмом, но и с больным чело-

веком, который всегда реагирует на создавшуюся вследствие болезни ситуацию. Врач должен уметь разобраться в личности больного человека, в его характерологических особенностях, его переживаниях и потребностях и в зависимости от этого выбирать «тактику» своего отношения к больному. Он должен уметь мобилизовать личность больного на борьбу с заболеванием и вызвать у больного адекватное отношение к своей болезни. Чрезмерная мнительность, равно как и беспечное отношение больного к своему заболеванию, должно быть умело скорригировано врачом. Эффективность лечения зависит во многом от установок самого заболевшего человека.

Знания психологии необходимы и для развития медицины как науки. В зависимости от клинических дисциплин могут быть использованы различные разделы психологии. Например, в педиатрии — данные детской возрастной психологии, положения о ведущей деятельности ребенка на разных ступенях его развития (работы А. В. Запорожца, Д. Б. Эльконина, Л. И. Божович, исследования Ж. Пиаже); окулисту могут оказаться полезными сведения об особенностях деятельности зрительного анализатора (работы А. А. Ярбуса); терапевту — данные о работе интерорецепторов, факты, добытые при исследовании субпороговых ощущений (Б. Г. Ананьев, Г.-В. Гершуни, А. Н. Леонтьев) и т. д.

Учитывая необходимость для врача любой специальности психологических знаний, Министерством здравоохранения СССР введено с 1966 г. преподавание медицинской психологии в медицинских вузах.

Особенно велико значение психологии для психиатрии и неврологии. Знания психологической науки важны для анализа возникновения и течения психических заболеваний, для анализа структуры психопатологических симптомов.

Исследуя различные нарушения психики, психиатрия всегда использовала психологические понятия; естественно, что это до сих пор проводилось в понятиях современной ей эмпирической, так называемой функциональной психологии.

Советские психологи (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, С. Л. Рубинштейн) исходят в своих исследованиях из других методологических позиций. Основываясь на об-

щих положениях марксистско-ленинской теории отражения и учения Сеченова — Павлова о рефлекторной природе психики, советские психологи отрицают деление психики на отдельные врожденные функции и утверждают положение, что различные формы психической деятельности формируются прижизненно в зависимости от воспитания и обучения. Человек не рождается с «маленькими функциями» мышления, памяти, которые увеличиваются при развитии и уменьшаются при болезни мозга; мышление, память — это различные формы деятельности, которые формируются в онтогенезе.

Эти принципы, базирующиеся на конкретных исследованиях, должны быть положены в основу объяснения многих психопатологических симптомов и синдромов.

При этом возникает необходимость отграничения предмета патопсихологии от предмета общей психопатологии как раздела психиатрии. Хотя в некоторых своих аспектах этот предмет может совпадать, однако, нам думается, что на данном этапе развития этих наук можно провести известное разграничение.

Общая психопатология как раздел медицины изучает наиболее типичные симптомы и синдромы болезненных состояний. Предмет общей психопатологии более широк, он включает в себя и вопрос генеза и этиологии психической болезни. Патопсихология же занимается исследованием структуры той или иной формы нарушения психической деятельности, исследованием закономерностей распада в их сопоставлении с нормой. Она должна дать квалификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии.

Будучи разделом психологической науки, патопсихология отправляется от ее основных положений (принципа детерминизма и принципа развития).

К чему обязывают эти принципы? Они обязывают к изучению не изолированных ответных реакций человека на раздражитель, а к исследованию качественного содержания психической деятельности, т. е. к анализу изменений действий, поступков, познания человека. Как указывает С. Л. Рубинштейн, детерминизм в его правильном философском определении означает, что внешняя причина не определяет непосредственно реакции человека, что внешняя причина действует через внутренние условия. «Внешнее воздействие, — говорится в его книге

«Бытие и сознание», — дает тот или иной психический эффект, лишь преломляясь через психическое состояние субъекта, через сложившийся у него строй мыслей и чувств» (стр. 226). В применении к конкретным психологическим исследованиям это означает, что надо перейти от изучения распада отдельных функций к изучению изменений различных форм деятельности больного, в структуру которой включены и изменения личностных установок, мотивов человека.

К такому же выводу приводят положения советской материалистической психологии о генезисе психических процессов. Само формирование этих процессов невозможно без участия мотивационных компонентов. Указывая, что психические процессы складываются прижизненно, А. Н. Леонтьев подчеркивает, что формирование это происходит в процессе усвоения мира предметов и явлений, созданного человеком. Он указывает, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно (хотя и очень важное) из условий формирования психических функций. Основное же условие их формирования — это овладение миром предметов и явлений, созданных человечеством. При этом А. Н. Леонтьев подчеркивает, что этот процесс овладения является процессом активным. Чтобы мир предметов открылся ребенку, последний должен осуществлять активную деятельность с этими предметами и явлениями.

Это усвоение происходит в общении с другими людьми. Ребенок «вводится в этот мир окружающими людьми, и они руководят им в этом мире».

Следовательно, важнейшим условием овладения, усвоения мира является наличие отношений с другими людьми. Сложная психическая деятельность является изначально общественно обусловленной, она формируется в ходе освоения мира, в общении с другими людьми, с которыми ребенок находится в определенных отношениях.

Эти отношения определяются конкретно-историческими условиями, но, сложившись, они сами определяют поступки и действия человека. В процессе овладения миром возникают общественные потребности, мотивы и интересы ребенка, формируется его личность. С развитием человеческого общества способы удовлетворения этих потребностей, по выражению К. Маркса, «все более оче-

ловечиваются». Появляются новые, более высокие потребности, дифференцируются и трансформируются уже образовавшиеся.

Разрушая психическую деятельность человека, болезнь изменяет часто именно этот ее личностный компонент. Психиатры очень хорошо знают, что душевная болезнь изменяет личность больного. Во всех психиатрических учебниках и монографиях приводятся подробные исключительные по правдивости и яркости описания нарушений личности, характерные для больных различных нозологий. Однако до сих пор при анализе психопатологического симптома последний трактуется в основном как нарушенная психическая функция, или же в качестве объяснения констатируются нарушения физиологических процессов.

Между тем, из только что обозначенных общих теоретических принципов материалистической психологии явствует, что при анализе психопатологического явления должно быть учтено нарушение личности больного, изменение его установок, потребностей, интересов.

Поэтому проблема исследования личностных нарушений является одной из перспективных проблем как в практическом, так и в методологическом плане. Правильное разрешение этой проблемы возможно только тогда, когда оно будет опираться на принципы детерминизма и развития в его диалектико-материалистическом понимании.

Ориентация патопсихологических работ на исследование нарушений личности приводит к изменению постановки некоторых частных вопросов, стоящих перед патопсихологическим исследованием, о которых будет сказано в дальнейших главах.

Дальнейшей перспективной проблемой, стоящей перед сравнительно молодой пограничной областью знания — патопсихологией, — является разработка адекватных методических приемов, которые могли бы обеспечить анализ психопатологических явлений в научных понятиях материалистической психологии и объективную их интерпретацию. Изыскание методических путей и приемов, апробация отдельных методик является предметом конкретных патопсихологических исследований. Дальнейшее развитие этого раздела патопсихологического исследования выходит за пределы узко-методических

вопросов; он приобретает известное методологическое значение, открывая новые возможности для анализа качественной структуры психопатологических симптомов и синдромов.

Практическое использование психологического эксперимента в психиатрической клинике очень многообразно. Оно не должно проводиться в отрыве от клинических задач и должно отвечать на конкретные вопросы клинической практики.

Какие же задачи могут быть поставлены перед психологическим исследованием?

1. Во-первых, психологический эксперимент может быть использован для дифференциально-диагностических целей.

Само собой понятно, что установление диагноза не проводится на основании тех или иных лабораторных исследований, а на основании комплексного клинического исследования. Однако в психологических лабораториях накоплены экспериментальные факты, характеризующие нарушения психических процессов при различных формах заболеваний. Поэтому данные экспериментально-психологического исследования могут служить дополнительным материалом при установлении диагноза. Так, например, при клиническом анализе состояния больного иногда возникает необходимость отграничения астенического состояния органической природы от состояния шизофренической вялости. Обнаружение замедленности психических процессов, плохого запоминания и воспроизведения предъявленного материала, выявление зависимости этих нарушений от истощаемости свидетельствуют о наличии органического заболевания, в то время как непродуктивность мышления при отсутствии истощаемости, при хорошем запоминании чаще наблюдается при шизофреническом процессе.

2. Перед психологическим экспериментом может быть поставлена задача анализа структуры дефекта вне зависимости от дифференциально-диагностической задачи. Подобный анализ структуры нарушений психических процессов может оказаться чрезвычайно важным при описании новых или мало изученных форм заболеваний.

3. Следующей задачей, которая ставится перед экспериментально-психологическим исследованием, является

установление степени психических нарушений больного. С особой необходимостью эта задача встает при анализе динамики заболевания, например, при учете эффективности лечения.

Установление степени и динамики психических нарушений необходимо также при проведении трудовой, судебной и воинской экспертизы.

Перечисленные задачи являются отнюдь не единственными, которые могут быть поставлены перед экспериментально-психологическим исследованием. В процессе клинической работы могут возникнуть и другие частные вопросы (экспериментальный анализ отдельных психопатологических явлений, например, галлюцинаций, бреда, характеристика состояния в период применения фармакологических проб), требующие компетенции психолога. Здесь обозначены лишь наиболее существенные из них.

ГЛАВА II

ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР

В конце XIX в. психология постепенно теряет характер умозрительной науки. В ее исследования начинает проникать экспериментальный метод. Первой такой экспериментально-психологической лабораторией принято считать лабораторию физиологической психологии Вундта, организованную в 1879 г. в Лейпциге.

Экспериментальные методы Вундта и его учеников проникают и в область психиатрических клиник (клиника психиатрии Крепелина); в это же время экспериментально-психологические лаборатории открываются и в психиатрических клиниках России.

История экспериментальной патопсихологии связана с развитием психиатрии и неврологии. Уже в прошлом столетии появляются «Медицинская психология» Р. Лотце (1852) и «Медицинская психология» Д. Тьюк (1892). Однако эти труды являются, по правильному замечанию М. С. Лебединского и В. Н. Мясищева, лишь «очерками современной авторам психиатрии».

В 20-х годах нашего столетия появляются работы по медицинской психологии известных зарубежных психиатров: «Медицинская психология» Э. Кречмера, трактующая проблемы распада и развития с неприемлемых для нас позиций конституционализма, и «Медицинская психология» П. Жанэ, в которой автор останавливается на проблемах психотерапии.

Развитие медицинской психологии в Советском Союзе отличалось наличием прочных естественнонаучных тра-

диций. Уже в дооктябрьский период в крупных психоневрологических учреждениях существовали лаборатории экспериментальной психологии. Еще И. М. Сеченов придавал большое значение сближению психологии и психиатрии. В своем письме к М. А. Боковой в 1876 г. он указывал, что приступает к созданию медицинской психологии, которую он называл своей «лебединой песней». Он писал о психологии, что «наука эта, очевидно, становится основой психиатрии, все равно, как физиология лежит в основе патологии тела»¹.

Первая клиническая экспериментально-психологическая лаборатория в России была открыта В. М. Бехтеревым в 1885 г. в Казани. Затем такие лаборатории были открыты при психоневрологических клиниках в Петербурге, Москве, Харькове, Юрьеве и других городах. Авторами первых экспериментальных исследований, выполненных в этих лабораториях, являются М. К. Валицкая, В. П. Воротынский, Л. С. Краинский, П. В. Заборский, В. Ф. Чиж и др. Направление работ психологических лабораторий в психиатрических клиниках противостояло идеалистическому руслу психологической науки того времени.

Не случайно, что именно профессора психиатрии принимали участие в дискуссии, имевшей место в конце 1894 г. на заседаниях Московского психологического общества и в журнале «Вопросы философии и психологии» (1894 г., ноябрь). В ответ на высказанное предложение Н. Н. Ланге о желательности открытия психологических лабораторий при некоторых русских университетах профессора психиатрии С. С. Корсаков и В. Ф. Чиж возразили ему, что такие лаборатории уже существуют, и выступили против недооценки и замалчивания уже существующих в медицинских учреждениях лабораторий «опытной психологии».

Большое количество экспериментально-психологических исследований было проведено в клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии под руководством В. М. Бехтерева. Работы его сотрудников и учеников были посвящены экспериментальному исследованию особенностей ассоциаций, сосредоточения (вни-

¹ Цит. по кн.: Каганов. Мировоззрение И. М. Сеченова. М., 1948, стр. 101.

мания) и умственной работоспособности при разных душевных болезнях (шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, эпилепсии и т. д.).

Высказывая некоторые принципиальные положения относительно экспериментально-психологических методов, В. М. Бехтерев подчеркивал, что экспериментальное изучение больных необходимо для дополнения и углубления клинических наблюдений.

Совместно с С. Д. Владычко В. М. Бехтерев специально разработал ряд принципиальных указаний и конкретных методических приемов объективно-психологического исследования душевнобольных. Количество методик, применявшихся в школе В. М. Бехтерева для исследования душевнобольных, было очень велико. Наибольшее применение среди них получили словесный ассоциативный эксперимент, методика определения и сравнения понятий, корректурная проба для исследования внимания, счетные задачи для учета динамики работоспособности больных и т. д.

Среди экспериментально-психологических исследований бехтеревской школы огромную ценность представляли исследования речи М. И. Аствацатурова, работа К. Н. Поварнина о внимании, исследование творчества у душевнобольных В. В. Абрамова и т. д.

В. М. Бехтерев считал обязательным требование, чтобы методы, применяющиеся в клинике, были предварительно испытаны на большом количестве психически нормальных лиц различного образования и возраста. Поэтому почти во всех экспериментальных работах бехтеревской школы исследованию подвергались сравнительно однородные по образованию группы здоровых и душевнобольных. Так, например, в работах Л. С. Павловской проводилось сравнение свободных ассоциаций, суждений и умозаключений здоровых и страдающих паралитическим слабоумием, а также сравнение умозаключений здоровых, идиотов (олигофренов) и больных шизофренией. Другой ученик В. М. Бехтерева Л. С. Гутман проводил сравнение особенностей ассоциативного процесса, устойчивости внимания и кривых интеллектуальной работоспособности здоровых и душевнобольных в разных фазах маниакально-меланхолического психоза.

Заслуживает особого внимания то отмеченное

В. М. Бехтеревым обстоятельство, что эксперимент позволяет глубже проникнуть в качественные особенности интеллектуальной деятельности больных, обнаруживая иногда закономерности, которые не удастся выявить при простом клиническом наблюдении. Так, например, скорость словесных ассоциаций у маниакально-возбужденных больных оказывается отнюдь не ускоренной, а по большей части замедленной в сравнении с нормой. В обеих столь противоположных фазах болезни (маниакальной и депрессивной) эксперимент обнаруживает много общих особенностей.

Видную роль в определении направления русской экспериментальной психологии сыграл ученик В. М. Бехтерева А. Ф. Лазурский.

По убеждению А. Ф. Лазурского, психология должна так же, как и естественные науки, все свои выводы основывать на изучении конкретных фактов. Созданная А. Ф. Лазурским психологическая лаборатория в Психоневрологическом институте, основанном В. М. Бехтеревым, превратилась в один из важнейших центров русской научной психологии.

В экспериментально-методической области А. Ф. Лазурский был новатором: он раздвинул границы эксперимента в психологии, применяя его в обычных условиях повседневной жизни, и сделал предметом экспериментального исследования конкретные формы деятельности и сложные проявления личности.

В предисловии к книге А. Ф. Лазурского «Психология общая и экспериментальная» Л. С. Выготский писал, что А. Ф. Лазурский относится к тем исследователям, которые были на пути превращения психологии эмпирической в научную.

А. Ф. Лазурский предложил систему экспериментальных приемов, которые были названы «естественным экспериментом». Метод «естественного эксперимента» занимает как бы промежуточное место между наблюдением и экспериментом. Вначале эти приемы применялись к детям, а потом были перенесены в психиатрическую клинику.

Существенным условием «естественного эксперимента», отличающим его от лабораторного, является то, что испытуемый не должен подозревать, что над ним производятся опыты. Благодаря этому отпадает преднамерен-

ность ответов, которая мешает определению индивидуальности при условии лабораторного эксперимента.

При «естественном эксперименте», как и во всяком эксперименте, можно поставить испытуемого в известные, заранее изученные условия, которые вызовут тот или иной процесс, ту или иную реакцию с его стороны. Вот эта возможность по произволу вызывать психические процессы и направлять их в ту или другую сторону и представляет большой шаг вперед по сравнению с простым наблюдением.

В исследовании методом «естественного эксперимента» воздействию подвергаются условия, в которых протекает исследуемая деятельность, сама же деятельность испытуемого наблюдается в ее естественном протекании. Например, предварительно устанавливается, в какой игре особенно ярко проявляется та или другая черта характера ребенка. Затем в целях исследования проявления этой черты у различных детей последние вовлекаются в подобную игру. Во время игры исследователь наблюдал за проявлением именно этой черты характера у детей. Путь исследования шел от простого наблюдения — через выделение характерных сторон и индивидуальных проявлений, через их психологический анализ — к созданию экспериментальной ситуации — экспериментального урока или игры.

Вторым центром, в котором развивалась клиническая психология, была психиатрическая клиника С. С. Корсакова в Москве. В этой клинике была организована в 1886 г. вторая в России психологическая лаборатория, которой заведовал А. А. Токарский.

Как и все представители прогрессивных направлений в психиатрии, С. С. Корсаков придерживался того мнения, что знание основ психологической науки дает возможность правильного понимания распада психической деятельности душевнобольного человека; не случайно он начинал чтение курса психиатрии с изложения основ психологии. Подобных традиций придерживались и последователи С. С. Корсакова — В. П. Сербский, А. Н. Бернштейн и др.

Не отрывая психическую деятельность от физиологических процессов, но и не сводя ее к последним, С. С. Корсаков исходил в своих лекциях из материалистических взглядов И. М. Сеченова и высказывал мысль,

что «нервный механизм, составляющий субстрат психического явления, работает по типу рефлекторного акта».

В работах, вышедших из клиники С. С. Корсакова, содержатся положения, вносящие ценный вклад в теорию психологической науки. К таким исследованиям следует отнести прежде всего труды самого С. С. Корсакова. Его работа «К психологии микроцефалии», его «Медико-психологические исследования одной формы нарушений памяти» содержат в себе интересный анализ структуры слабоумия. Клинические наблюдения и положения, содержащиеся в этих работах, подводят к мысли о том, что нарушения интеллектуальной деятельности больных не сводятся к распаду отдельных способностей, а что речь идет о сложных формах нарушений всей целенаправленной мыслительной деятельности.

Ценным вкладом в психологическую науку являются и труды А. А. Токарского. В своей работе «О глупости» А. А. Токарский дает анализ деменции и системного слабоумия.

В 1911 г. вышла книга А. Н. Бернштейна, посвященная описанию методик экспериментально-психологического исследования; в том же году Ф. Г. Рыбаков издал свой прекрасно оформленный «Атлас психологического исследования личности». Интерес к экспериментальной психологии проявлялся и в том, что ряд заседаний Московского общества психиатров был посвящен ознакомлению с методами исследования. На страницах журнала «Невропатология и психиатрия» появляются статьи, посвященные экспериментально-психологическим исследованиям больных.

Таким образом, в канун Великой Октябрьской революции патопсихология достигла в России определенных успехов и начинала формироваться в экспериментальную область знания — экспериментальную патопсихологию. Была создана сеть психологических лабораторий в клиниках, разрабатывались экспериментальные приемы исследования патологических состояний; ведущие психиатры и невропатологи (В. М. Бехтерев, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, Г. И. Россолимо, В. А. Гиляровский) работали в тесном содружестве с психологами.

Развитие патопсихологии после Великой Октябрьской революции шло в русле общего развития психологии как

науки, строящейся на фундаменте марксистско-ленинской философии. Борьба с идеализмом отразилась и на исследованиях в области патопсихологии. Это проявилось в стремлении анализировать патологические состояния с материалистических позиций, в стремлении развивать и усовершенствовать объективные методы исследования.

Большую роль в становлении патопсихологии как определенной области знаний сыграли идеи выдающегося советского психолога Л. С. Выготского, которые были в дальнейшем развиты в общей психологии его учениками и сотрудниками А. Н. Леонтьевым, А. Р. Лурия, П. Я. Гальпериным, а именно: 1) мозг человека располагает иными принципами организации функции, нежели мозг животного; 2) развитие высших психических функций не предопределено одной лишь морфологической структурой мозга; психические процессы не возникают в результате одного лишь созревания мозговых структур, они формируются прижизненно в результате обучения и воспитания и присвоения опыта человечества; 3) поражения одних и тех же зон коры имеют разное значение на разных этапах психического развития. Эти положения во многом определили путь патопсихологических и нейропсихологических исследований.

Сам Л. С. Выготский положил своими экспериментальными исследованиями начало изучению распада мышления. Исследования в области нарушений мыслительной деятельности и распада речи являются одним из наиболее разработанных разделов в области патопсихологии как у нас, так и за рубежом.

В Ленинградском институте мозга им. Бехтерева на протяжении нескольких десятилетий под руководством В. Н. Мясищева проводились интенсивные экспериментально-психологические исследования. Следуя традиции В. М. Бехтерева, В. Н. Мясищев стремился к сочетанию психиатрии и психологии и внедрению объективных методов исследования больных в психиатрические клиники. Коллективом его учеников и сотрудников была сделана попытка разработать методику объективной регистрации эмоциональных компонентов психической деятельности человека. В качестве объективного показателя использовалась электрокожная характеристика человека

(ЭКХ), регистрируемая с помощью гальванометра; проводилось изучение ЭКХ при разных видах психической деятельности у разных групп душевнобольных.

Ряд работ, выполненный в отделе психологии Ленинградского института мозга, был посвящен исследованию эмоционально-волевой сферы больных, страдающих разными формами заболеваний (маниакально-депрессивный психоз, прогрессивный паралич, истерия и т. д.). В этих работах применялись методы школы К. Левина — влияние успеха на уровень притязания при истерии, запоминание оконченных и неоконченных действий при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе и других заболеваниях.

В этих работах был найден принцип преодоления формалистического характера работ Левина. Работы были направлены на анализ строения трудовой деятельности больных, на изучение того, как влияет отношение больных к труду на их трудоспособность. На основании этих исследований В. М. Мяснищев выдвинул положение о том, что нарушение трудоспособности следует рассматривать как основное проявление душевной болезни человека и что показатель трудоспособности служит одним из критериев психического состояния больного. Работы ленинградской школы патопсихологов этого периода не утратили до сих пор свое актуальное значение как по содержанию, так и по экспериментальным методикам.

В эти же годы был проведен ряд крупных исследований в психологической лаборатории Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности, созданного впервые в мире в СССР. Помимо общих вопросов экспертизы трудоспособности и трудоустройства больных, страдающих соматическими заболеваниями, сотрудники этой лаборатории принимали участие в решении задач экспертизы трудоспособности и трудоустройства психически больных.

Из этой лаборатории вышли работы, посвященные особенностям интеллектуальной деятельности больных, перенесших травмы головного мозга, характеристике психической деятельности и трудоспособности больных эпилепсией и шизофренией.

Значение этого цикла работ выходит за пределы их узкоэкспертного применения. Анализируя нарушения

трудоспособности, сотрудники ЦИЭТИИНа уделяли много внимания исследованию разных форм психической активности (В. М. Коган, Э. А. Коробкова).

Особый интерес представляет основанное на большом фактическом материале заключение В. М. Когана о том, что при некоторых органических заболеваниях мозга основным нарушением психики, снижающим работоспособность больного, является сужение объема внимания, невозможность одновременного учета нескольких меняющихся воздействий среды.

В годы Великой Отечественной войны патопсихологи включились в восстановительную работу в нейрохирургических госпиталях. Предметом патопсихологических исследований становятся нарушения психической деятельности, вызванные травмами головного мозга. Ряд исследований был посвящен восстановлению нарушений движений и речи, восстановлению трудоспособности инвалидов Отечественной войны.

В последующие годы научно-исследовательская и практическая работа в области патопсихологии начинает свертываться. Произошло это потому, что, несмотря на бесспорно плодотворное влияние, которое оказала сессия двух академий 1950 г. на формирование психиатрических и психологических представлений, благодаря последовательному усвоению рефлексорного принципа в объяснении психического, на самой сессии и в последующие годы были допущены ошибки в толковании предмета психологии. Из-за неправильной интерпретации некоторых высказываний И. П. Павлова получили распространение взгляды, что психология занимается якобы описанием субъективных явлений, что причинное объяснение надо искать лишь в физиологии высшей нервной деятельности. Эти ложные взгляды привели к тому, что психологические исследования в психиатрии стали заменяться и подменяться физиологическими.

Как известно, в 1962 г. на Всесоюзном совещании по философским вопросам физиологии высшей нервной деятельности и психологии была дана критическая оценка этим взглядам. Это совещание, созванное Академией наук СССР, Академией медицинских наук СССР и Академией педагогических наук РСФСР, в своем постановлении осудило биологизаторские тенденции в науке о человеке.

В постановлении отмечено, что после сессии 1950 г. «получило широкое распространение практически вредное и методологически порочное негативное отношение к психологической науке, предмет которой некоторые ученые пытались растворить в физиологии высшей нервной деятельности». На этом совещании наряду с другими вопросами обсуждались мероприятия по развитию медицинской психологии. Были приняты решения о расширении сети патопсихологических лабораторий, о введении преподавания медицинской психологии в медицинских вузах. Во многих научно-исследовательских институтах психиатрии и практических психо-неврологических учреждениях вновь открываются патопсихологические лаборатории, в которых ведется интенсивная научно-исследовательская работа.

Одной из ведущих проблем в области патопсихологии является проблема распада мышления. Работа в этой области ведется в разных направлениях: исследуются изменения личностного компонента в структуре расстройств мышления (лаборатория Московского института психиатрии), разрабатывается вопрос о связи нарушения мышления с процессом актуализации знаний (лаборатория Института психиатрии Академии медицинских наук).

Другая линия исследований (проводимых в лаборатории Московского института психиатрии МЗ РСФСР) направлена на классификацию и психологический анализ наблюдаемых в психиатрической клинике нарушений личности. Эти исследования ведутся в различных направлениях: экспериментальные исследования личностных реакций, психологический анализ клинических описаний распада личности, анализ так называемой «внутренней картины болезни» при разных психических заболеваниях. В плане дальнейшего изучения поставленного Л. С. Выготским вопроса о соотношении распада и развития психики выполняются исследования распада навыков у психически больных позднего возраста.

Особое развитие получили патопсихологические исследования в психиатрических клиниках Тбилиси. Используя теорию Д. И. Узнадзе, ряд психологов и психиатров Грузии изучают нарушения установки при различных формах психических заболеваний.

Значительно расширились за последнее время пато-

психологические исследования в экспертной практике: судебно-психиатрической и трудовой.

Особое развитие получило использование методик и данных экспериментальной патопсихологии в детских психоневрологических учреждениях. Разрабатываются методики, способствующие ранней диагностике умственной отсталости; проводится анализ сложных картин слабоумия и деменции в детском возрасте с целью поисков дополнительных дифференциально-диагностических признаков и симптомов; используя положение Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития», разрабатывается ряд методик «обучающего эксперимента», направленных на выявление прогностически важных признаков обучаемости детей.

Наряду с исследованиями, которые выполняются самими патопсихологами, растет число комплексных клинико-психологических работ.

Наряду с научно-исследовательской работой за последние годы проводится большая работа по разработке и апробации методов исследования, которые опубликованы в ряде методических писем и пособий. В 1956 г. Московским институтом психиатрии было издано методическое письмо «Об экспериментально-психологических исследованиях больных в психоневрологических учреждениях». В этом письме изложены задачи, теоретические предпосылки экспериментально-психологического эксперимента в клинике.

В 1958 г. вышло еще одно методическое письмо И. Н. Дукельской и Э. А. Коробковой «Врачебно-трудо-вая экспертиза и трудоустройство больных шизофренией». В нем обобщены данные клинико-психологического исследования авторов в области трудовой деятельности больных. Указывается, что при установке на труд и при некоторой критике к своему состоянию больным показано трудоустройство. Возможность реализации трудовой компенсации зависит от комплекса клинико-производственных факторов, в котором решающее значение принадлежит благоприятно сложившимся взаимоотношениям в производственном коллективе.

Особо существенным фактором компенсации больного авторы считают осознание своей значимости в производственном коллективе, положительное «социальное самочувствие» больного.

В последние годы увеличилось число изданий, описывающих методики экспериментальной патопсихологии. В 1961 г. издается «Руководство по психологическому исследованию психически больных детей» М. П. Кононовой. В 1962 г. публикуется методическое пособие С. Я. Рубинштейн, в котором детально описаны способы применения и истолкования экспериментальных данных.

Быстрый рост исследовательской и практической работы в области экспериментальной патопсихологии проявляется и в том, что при научных обществах как психологов, так и психиатров и невропатологов существуют секции, объединяющие и координирующие исследования в области патопсихологии. На состоявшихся в 1959 и 1963 гг. Всесоюзных съездах психологов были широко представлены доклады патопсихологов, которые концентрировались вокруг следующих проблем: 1) значение психологии для медицинской практики; 2) проблема компенсации; 3) проблема патологии мышления. Аналогичная секция была на Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров в 1963 г.

На состоявшемся в 1966 г. в Москве 18-м Международном конгрессе психологов был организован специальный симпозиум «Патопсихология в исследовании психических процессов». В докладах этого симпозиума было указано на то значение, которое приобретают исследования в области патологии психической деятельности для теоретических вопросов общей психологии.

В последнее время становится особенно заметным рост молодых кадров в экспериментальной патопсихологии. Этому способствует специализация части студентов факультета психологии Московского и Ленинградского университетов по патопсихологии. Студенты, специализирующиеся по патопсихологии, выполняют курсовые и дипломные работы на базе психиатрической клиники и овладевают методами экспериментально-психологического исследования душевнобольных. После окончания университета специализировавшиеся таким образом психологи направляются на работу в психиатрические больницы и ведут там самостоятельную работу. Отдельные психоневрологические учреждения используют для организации экспериментально-психоло-

гической работы молодых врачей-психиатров и дефектологов.

Сеть кабинетов экспериментальной патопсихологии растет не только в научных, но и в практических учреждениях — в больницах и диспансерах.

Для повышения квалификации патопсихологов за последние годы Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР совместно с факультетом психологии Московского университета предпринимает ряд организационных мер. В течение 1960—1965 гг. были созваны два семинара патопсихологов, посвященные рассмотрению методик и обмену опытом работающих на периферии молодых сотрудников. В нем принимали участие в качестве докладчиков крупнейшие психиатры и психологи страны. Таким образом, в настоящее время в нашей стране развивается психологическая область знания, имеющая свой предмет, свое практическое применение, свой метод и свои кадры — экспериментальная патопсихология.

ПАТОП

Как и психология

Метод

тех принци

установок

конкретны

ляется пр

дологичес

Для то

ческого эк

скольких с

логии.

Метод

тем позна

щим по ме

связан с е

Как из

было напра

отдельных «

по-своему п

Психология

боты этих сп

Умозрите

получило сво

наместов. П

ставителей т

· ГЛАВА III ·

ПРИНЦИПЫ ПОСТРОЕНИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТА

Как и всякая область психологической науки, патопсихология использует в основном метод эксперимента.

Метод патопсихологического исследования зависит от тех принципиальных общепсихологических теоретических установок, на которых он базируется. Поэтому выбор конкретных путей психологического исследования является проблемой не только методического, но и методологического характера.

Для того чтобы понять особенности патопсихологического эксперимента, необходимо остановиться в нескольких словах на методах исследования общей психологии.

Метод эксперимента не является единственным путем познания в психологии. Он становится главенствующим по мере развития психологии как точной науки и связан с ее общими теоретическими положениями.

Как известно, внимание психологов-рационалистов было направлено на разграничение в психике человека отдельных «душевных способностей», каждая из которых по-своему перерабатывает получаемый извне материал. Психология сводилась к умозрительному описанию работы этих способностей.

Умозрительное описание внутреннего мира человека получило свое отражение не только у психологов-рационалистов. И в наше время оно имеет место у представителей так называемой «понимающей» психологии

(Шпрангер, Дильтей). Отрицая дробление психики на отдельные процессы или функции, признавая неделимость, единство психического, представители этого направления в психологии считают, что если природу нужно объяснять, то психику можно только понять. Эти положения «понимающей» психологии нашли свое отражение в концепции психологов-экзистенциалистов.

На практике это означает, что психологи должны ограничиться лишь наблюдением за поведением больных, регистрацией их высказываний и самонаблюдений; они отказываются от эксперимента, от возможности изменения условий и деятельности, от которых зависит протекание того или иного процесса. По существу психолог-экзистенциалист может описывать явление, но не проникать в его сущность.

Пришедшая на смену рационалистической эмпирической психология принесла с собой иное понимание метода исследования.

С развитием эмпирической психологии, развитием психофизиологии начинает внедряться в психологию метод эксперимента (Вундт, Эббингауз, Титченер); этими методами начинают пользоваться неврологи и психиатры. В крупнейших клиниках (В. М. Бехтерева в Ленинграде, Э. Крепелина в Германии, С. С. Корсакова в Москве) открываются психологические лаборатории.

Принципы методических приемов, использованных в лабораториях, различны. Остановимся вкратце на них.

Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, метод, который основывался на вундтовской психологии.

Взгляд на психические процессы как на врожденные функции, которые лишь количественно меняются при развитии, привел к идее о возможности создания «измерительной» психологии. Экспериментальное исследование психических процессов сводилось к установлению количественной характеристики отдельного психического акта.

Принцип количественного измерения врожденных способностей лег в основу психологических методов исследования в психиатрических и неврологических клиниках. Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени ее количественного отклонения от «нормального стандарта».

В 1910 г. один из виднейших невропатологов — Г. И. Россолимо — разработал систему психологических экспериментов, которая, по его мнению, позволяла установить уровень отдельных психических функций, «психологический профиль». По мнению автора, различные патологические состояния мозга вызывали определенные типичные «профили изменения психодинамики». В основе этого метода лежала концепция эмпирической психологии о существовании врожденных изолированных способностей. Эта ложная теория так же, как и упрощенный количественный подход к анализу нарушений психической деятельности, не могла обеспечить внедрения такого рода методик в клиническую практику, хотя сама попытка приблизить психологию к решению клинических задач была прогрессивной для своего времени.

Метод количественного измерения отдельных психических функций достиг своей крайней выраженности в тестовых исследованиях Бине—Симона, которые были вначале направлены на выявление уровня умственных способностей. Тестовые исследования базировались на концепции, согласно которой умственные способности ребенка фатально предопределены наследственным фактором и в малой степени зависят от обучения и воспитания. Каждому ребенку свойствен определенный, более или менее постоянный возрастной интеллектуальный коэффициент (*IQ*).

Задачи, которые предлагались детям, требовали для своего решения определенных знаний, навыков и позволяли судить в лучшем случае о количестве приобретенных знаний, а не о строении и качественных особенностях их умственной деятельности.

Тестовые исследования не позволяют «прогнозировать» дальнейшее развитие ребенка. А между тем с помощью этих тестов проводилось и сейчас проводится в некоторых странах отделение детей, якобы «способных» от рождения, от других, задержка умственного развития которых объявлялась зависящей тоже от врожденных особенностей. Метод тестов был использован и у нас в стране в так называемых педологических исследованиях детей в школах. Они были справедливо осуждены Постановлением ЦК ВКП(б) от 4 июля 1936 г. как лженаучные.

Метод тестов остается до настоящего времени веду-

шим в работе клинических психологов за рубежом. В многочисленных опубликованных за последние годы монографиях и статьях, посвященных экспериментально-психологическому исследованию больных, приводятся методы именно тестового исследования, вплоть до вычисления *IQ* (Векслер — Белльвю и др.).

При исследовании больных методом тестов не могут быть учтены ни особенности умственной деятельности, ни качественная сторона нарушения, ни возможности компенсации, анализ которых столь необходим при решении клинических задач.

При исследовании тестовыми методами выявляются лишь конечные результаты, самый же процесс работы, отношение испытуемого к заданию, мотивы, побудившие испытуемого избрать тот или иной способ действия, личностные установки, желания, — словом, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого не может быть обнаружено.

Наряду с таким чисто количественным методом за последние годы в зарубежной психологии намечается тенденция к использованию методик, которые направлены лишь на выявление переживаний больного.

Представители этого направления используют в своих исследованиях так называемые «прожективные» методы. Задание, которое предлагается испытуемому, не предусматривает каких-либо определенных способов решения. В отличие от теста, который требует выполнения задачи соответственно определенным условиям, «прожективный» метод использует любую задачу лишь как повод для того, чтобы испытуемый мог проявить свои переживания, особенности своей личности и характера.

В качестве конкретной методики применяется описание картин как сюжетных («Thematic Apperception Test» сокращенно Т. А. Т.), так и лишенных смыслового содержания. В последнем случае применяются так называемые «чернильные пятна» Роршаха, которые представляют собой различные симметрично расположенные конфигурации самого причудливого вида. Сюжетные картинки, предлагаемые для описания, представляют собой изображение действий или поз персонажей. Испытуемый должен описать картинку, рассказать все то, что ему приходит на ум (что эти картинки ему напоминают,

о чем он подумал, что переживает). Экспериментатор регистрирует высказывания испытуемого.

Таким образом, «прожективный» метод является по существу своему антиподом тестового метода и по замыслу его авторов должен предоставить возможность качественной оценки поведения испытуемого. Тестовый метод позволяет судить лишь о результатах работы, при «прожективном» же методе сама проблема ошибочного или правильного решения вообще не возникает. Исследователь, применяющий «прожективный» метод, обращает внимание не на допущенные ошибки или на правильные решения, а на личностные реакции испытуемого, на характер возникающих при этом ассоциаций. По мнению авторов «прожективного метода», происходит известное отождествление испытуемого с изображенным персонажем. По выражению французского психолога Омбредана, «личность отражается с помощью этого метода, как объект на экране» (отсюда и название «прожективный»). Этот метод часто называют «клиническим подходом к психике здорового человека».

Если, однако, проанализировать, о каких личностных переживаниях и установках идет речь, то оказывается, что исследователи пытаются нередко вскрыть при помощи этого метода «бессознательные, скрытые» мотивы и желания больного. Отдельные особенности восприятия испытуемого (например, видит ли он объекты в движении или в покое, обращает ли он внимание при описании таблиц Роршаха на крупные части рисунков или на мелкие детали и т. п.) истолковываются как показатели личностных особенностей.

Таким образом, этот метод должен в противоположность количественному измерению отдельных функций дать возможность качественного анализа целостной личности. Рациональное зерно, содержащееся в «прожективном» методе, должно быть использовано. Однако некоторые из предложенных до сих пор способов интерпретации ответов испытуемых представляются нам недостаточно обоснованными и отличаются априорностью суждений.

Иными являются принципы экспериментально-психологического исследования в советской психологии.

Положение материалистической психологии о том, что психические процессы являются не врожденными

способностями, а прижизненно формирующимися видами деятельности, требует того, чтобы психологический эксперимент давал возможность исследовать психические нарушения как нарушения деятельности. Он должен быть направлен на качественный анализ различных форм распада психики, на раскрытие механизмов нарушенной деятельности. Если речь идет о нарушениях познавательных процессов, то экспериментальные приемы должны показать, как распадаются те или иные мыслительные операции больного, которые сформировались в процессе его жизненной практики, как видоизменяется процесс приобретения новых связей, в какой форме искажается возможность пользования системой старых, образовавшихся в прежнем опыте связей. Исходя из того, что всякий психический процесс обладает известной динамикой и направленностью, следует так построить экспериментальное исследование, чтобы оно отразило нарушение этих параметров. Таким образом, результаты эксперимента должны дать не только количественную, но и качественную характеристику распада психики.

Само собой разумеется, что полученные экспериментальные данные должны быть надежны, что статистическая обработка материала должна быть использована там, где поставленная задача этого требует, но количественный анализ не должен ни заменить, ни оттеснить качественную характеристику экспериментальных данных. Количественный анализ допустим тогда, когда проведена тщательная качественная психологическая квалификация фактов. Прежде чем приступить к измерению, надо установить, что измеряется.

Следует согласиться с замечанием А. Н. Леонтьева, сделанным в его статье «О некоторых перспективных проблемах советской психологии», что не надо сближать научно обоснованные эксперименты, «дающие возможность качественной оценки с так называемыми тестами умственной одаренности, практика применения которых не только справедливо осуждена у нас, но вызывает сейчас возражения и во многих других странах мира»¹.

¹ А. Н. Леонтьев. О некоторых перспективных проблемах советской психологии. «Вопросы психологии», 1967, № 6, стр. 14.

Следовательно, основным принципом построения психологического эксперимента является принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного в противоположность задаче лишь одного количественного их измерения. Важно не только то, какой трудности или какого объема задание больной осмыслил или выполнил, но и то, как он осмыслял, чем были обусловлены его ошибки и затруднения. (Следует подчеркнуть, что анализ ошибок, возникающих у больных в процессе выполнения экспериментальных заданий, представляет наиболее интересный и показательный материал для оценки тех или иных особенностей психической деятельности больных.)

Иными словами, психологическое исследование в клинике может быть приравнено к «функциональной пробе» — методу, широко используемому в медицинской практике и состоящему в испытании деятельности какого-нибудь органа. В ситуации психологического эксперимента роль «функциональной пробы» могут играть такие экспериментальные задачи, которые в состоянии актуализировать те умственные операции, которыми пользуется человек в своей жизнедеятельности. Патопсихологический эксперимент должен представлять собой известную модель жизненной ситуации, которая способна актуализировать не только умственные операции больного, но и его отношение, установки, направленность, которая может вызвать определенный мотив к действию. Иными словами, ситуация эксперимента должна предоставить возможность исследовать деятельность больного человека.

Следует остановиться еще на одной особенности патопсихологического эксперимента. Его строение должно предоставить возможность обнаружить не только структуру измененных, но и оставшихся сохранными форм психической деятельности больного. Необходимость такого подхода важна при решении вопросов восстановления нарушенных функций.

Еще в 1948 г. А. Р. Лурия высказал мнение, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности; он подчеркивал, что восстановление нарушенных форм психической деятельности должно

протекать по типу перестройки функциональных систем. Плодотворность такого подхода была доказана работами многих советских авторов. Исследования, направленные на анализ принципов восстановления нарушенных движений, возникших как следствие огнестрельных ранений во время Великой Отечественной войны, показали, что в процессе восстановительной трудовой терапии решающая роль принадлежала мобилизации сохранных функций больного, сохранности его установок (С. Г. Геллерштейн, А. В. Запорожец, А. Н. Леонтьев, С. Я. Рубинштейн). К аналогичному выводу пришли и психологи, работавшие в области восстановления речевых расстройств.

Э. С. Бейн в своей монографии «Афазия и пути ее преодоления» говорит о том, что при восстановлении афазических расстройств речь идет о включении сохранных звена, о его развитии, о постепенном «накоплении возможности его использования» для практики дефектных функций (стр. 223). Перестройка дефектной функции происходит в тесном комплексе с развитием сохранных. Еще шире поставлена эта проблема у В. М. Когана. В своей монографии «Восстановление речи при афазии» автор убедительно показывает, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении оставшихся в сохранности знаний. С полным правом автор подчеркивает, что при восстановительной работе (в данном случае восстановлении речи) должна быть актуализирована вся система связей, установок человеческой, хотя и болезненно измененной, личности. Поэтому В. М. Коган предлагает в восстановительной работе вызвать осознанное отношение больного к смысловому содержанию слова в его связи с предметом. Приведенные взгляды исследователей касаются восстановления функций, носящих, условно говоря, узкий характер — речи, праксиса.

Они могут быть с еще большим правом отнесены к восстановлению более сложных форм психической деятельности, к восстановлению утраченной умственной работоспособности (целенаправленности, активности больного). В этих случаях вопрос о сохранных возможностях встает особо остро (например, при решении вопроса о трудоспособности больного, о возможности продолжать учебу и т. д.).

Для того чтобы психологический эксперимент мог ответить на эти сложнейшие вопросы, для того чтобы он мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности больного, он должен быть направлен не только на обнаружение результативной стороны деятельности больных, не только на анализ их окончательной продукции. Построение экспериментальных приемов должно предоставить возможность учитывать поиски решений больного. Больше того, оно должно предоставить возможность экспериментатору вмешаться в «стратегию» эксперимента, чтобы обнаружить, как больной воспринимает «помощь» экспериментатора, может ли он ею воспользоваться. Построение же эксперимента по типу жестко стандартизированных тестов не дает возможности выявить сохранные звенья.

Необходимо отметить еще ряд особенностей, которые отличают эксперимент в клинике от эксперимента, направленного на исследование психики здорового человека, т. е. эксперимента, направленного на решение вопросов общепсихологического порядка.

Основное отличие заключается в том, что мы всегда должны учесть своеобразие отношения больного к опыту, зависящее от его болезненного состояния. Наличие бредового отношения, возбуждения или заторможенности — все это заставляет экспериментатора иначе строить опыт, иногда менять его на ходу.

При всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, «принимают» задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции. Например, если при проведении ассоциативного эксперимента со здоровым человеком экспериментатор предупреждает, что будут произнесены слова, в которые он должен вслушаться, то здоровый испытуемый активно направляет свое внимание на произносимые экспериментатором слова. При проведении же этого эксперимента с негативистичным больным часто возникает противоположный эффект: больной активно не хочет слушать. При таких условиях экспериментатор вынужден проводить эксперимент как бы «обходным путем»: экспериментатор произносит слова как бы невзначай и регистрирует реакции больного. Нередко приходится

экспериментировать с больным, который бредовым образом интерпретирует ситуацию опыта, например, считает, что экспериментатор действует на него «гипнозом», «лучами». Естественно, что такое отношение больного к эксперименту сказывается в способах выполнения задания; он часто выполняет просьбу экспериментатора умышленно неправильно, отсрочивает ответы и пр. В подобных случаях построение эксперимента также должно быть изменено.

Построение экспериментально-психологического исследования в клинике отличается от обычного психологического эксперимента еще одной особенностью: многообразием, большим количеством применяемых методик. Объясняется это следующим. Процесс распада психики не происходит однослойно. Практически не бывает так, чтобы у одного больного нарушались только процессы синтеза и анализа, а у другого страдала бы исключительно целенаправленность личности. При выполнении любого экспериментального задания можно в известной мере судить о различных формах психических нарушений. Однако несмотря на это, не каждый методический прием позволяет с одинаковой очевидностью, четкостью и достоверностью судить о той или иной форме или степени нарушения.

Очень часто изменение инструкции, какой-нибудь экспериментальный нюанс меняет характер показаний эксперимента. Например, если в опыте на запоминание и воспроизведение слов экспериментатор подчеркивает значимость своей оценки, то результаты этого эксперимента будут более показательны для оценки отношения испытуемого к работе, нежели для оценки процесса его запоминания. А так как в ситуации эксперимента с больным человеком все течение опыта по необходимости часто меняется (хотя бы потому, что меняется состояние больного), сопоставление результатов различных вариантов эксперимента становится обязательным. Такое сопоставление необходимо еще и по другим основаниям. Выполняя то или иное задание, больной не только правильно или ошибочно его решает; решение задания часто вызывает осознание своего дефекта; больные стремятся найти возможность компенсировать его, найти опорные пункты для исправления дефекта. Разные задания предоставляют различные возможности для этого. Часто

бывает так, что больной правильно решает более трудные задания и не в состоянии решить более легкие. Разобраться в природе такого явления возможно только при сопоставлении результатов различных заданий.

II, наконец, последнее: нарушение психической деятельности больного бывает часто нестойким. При улучшении состояния больного некоторые особенности его мыслительной деятельности исчезают, другие остаются резистентными. При этом характер обнаруживаемых нарушений может меняться в зависимости от особенностей самого экспериментального приема; поэтому сопоставление результатов различных вариантов какого-нибудь метода, при этом многократно применяемого, дает право судить о характере, качестве, динамике нарушений мышления больного.

Поэтому тот факт, что при исследовании распада психики часто приходится не ограничиваться одним каким-нибудь методом, а применять комплекс методических приемов, имеет свой смысл и свое обоснование.

Направленность экспериментально-психологических приемов на раскрытие качественной характеристики психических нарушений с особенной необходимостью выступает при исследовании аномальных детей. При любой степени психического недоразвития или заболевания всегда происходит дальнейшее (пусть замедленное или искаженное) развитие ребенка. Психологический эксперимент не должен ограничиваться установлением структуры уровня психических процессов больного ребенка; он должен выявить прежде всего потенциальные возможности ребенка.

Как известно, это указание было впервые сделано еще в 30-х годах Л. С. Выготским в его положении о «зоне ближайшего развития». В своей работе «Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте» Л. С. Выготский пишет: «Состояние умственного развития ребенка может быть определено по меньшей мере с помощью выяснения двух его уровней — уровня актуального развития и зоны ближайшего развития» (стр. 448). Под «зоной ближайшего развития» Л. С. Выготский понимает те потенциальные возможности ребенка, которые самостоятельно, под влиянием тех или иных условий, не выявляются, но которые могут быть реализованы с помощью взрослого.

Существенным, по мысли Л. С. Выготского, является не только то, что ребенок может и умеет делать самостоятельно, но то, что он умеет сделать с помощью взрослого. Умение ребенка перенести усвоенные с помощью взрослого способы решения задачи на действия, которые он выполняет самостоятельно, является главным индикатором его умственного развития. Поэтому психическое развитие ребенка характеризуется не столько его актуальным уровнем, сколько уровнем зоны его ближайшего развития. Решающим является «расхождение между уровнем решения задач, доступных под руководством, при помощи взрослых, и уровнем решения задач, доступных в самостоятельной деятельности» (стр. 447).

Мы несколько подробно остановились на этом, хорошо известном, положении Л. С. Выготского потому, что оно определяет принципы построения психологического эксперимента применительно к аномальным детям. Тестовые исследования, принятые в зарубежной психологии, могут выявить в лучшем случае лишь «актуальный» (в терминологии Л. С. Выготского) уровень психического развития ребенка и то лишь в его количественном выражении. Потенциальные же возможности ребенка остаются невыясненными. А ведь без такого «прогнозирования» дальнейшего развития ребенка многие задачи, например задача отбора в специальные школы обучения, не могут быть по существу решены. Экспериментальные психологические исследования, применяемые в области детской психоневрологии, должны проводиться с учетом этих положений Л. С. Выготского и строиться по типу обучающего эксперимента.

Таким путем идут исследования, проводимые А. Я. Ивановой. А. Я. Иванова предлагает детям задания, которые им не были до того известны. В процессе выполнения детьми этих заданий экспериментатор оказывает ребенку разные виды помощи, которые были ею строго регламентированы. То, как ребенок воспринимает эту помощь, строго учитывается. Таким образом, сама помощь входит в структуру эксперимента.

Для осуществления регламентированной помощи А. Я. Иванова внесла видоизменения в некоторые общепринятые методики патопсихологического исследования: предметную классификацию, методику Кооса, класси-

фикацию геометрических фигур, серию последовательных картин. Автор подробно регламентирует и фиксирует этапы помощи. Учитывается их количественная градация и их качественная характеристика. Применение обучающего эксперимента дало А. Я. Ивановой возможность разграничить разные формы аномального психического развития.

Метод обучающего эксперимента был также использован Н. И. Непомнящей, исследовавшей формирование счета у умственно отсталых детей.

Исходя из теоретических положений П. Я. Гальперина о поэтапном формировании умственных действий, Н. И. Непомнящей было показано, что у умственно отсталых детей обнаруживаются трудности процесса сокращения первоначально развернутого действия. Его приходилось специально и длительно отрабатывать. Если же путем специального обучения и «отработки» удавалось добиться механизма сокращения, то можно было в известных пределах преодолеть дефект этих детей.

Система дозированных подсказок была использована Р. Г. Натадзе при формировании искусственных понятий у здоровых детей. С помощью детально разработанной методики Р. Г. Натадзе обнаружил разные уровни развития детей.

Таким образом, обучающий эксперимент, в основе которого лежит положение Л. С. Выготского о «зоне ближайшего развития», вскрывающий потенциальные возможности ребенка, может явиться орудием при исследовании структуры и степени снижения психики аномального ребенка и при решении практической задачи — отбора детей в специальные школы.

ГЛАВА IV

НАРУШЕНИЯ УМСТВЕННОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ

Нарушения психической деятельности душевнобольных принимают различный характер. В психологических исследованиях анализу подвергаются, как правило, расстройства познавательных процессов (в основном мышления), незначительное число работ посвящено анализу нарушений личностных изменений.

Однако следует сказать, что анализ нарушения психики в параметрах познавательной и личностной сферы не является исчерпывающим. Неправильно сводить все многообразие психических нарушений к изменению системы интеллектуальных операций или нарушениям мотивов.

У ряда больных психологический эксперимент не обнаруживал измененной системы понятий; больные осмыслили задания, требовавшие синтеза, обобщения, ассоциации больных носили адекватный характер, не было изменено и отношение больного к ситуации эксперимента. Вместе с тем больные не могли в конкретной работе длительно удерживать правильный способ действий, они допускали ошибки. В этих случаях можно говорить о нарушении умственной работоспособности больных.

В более широком плане этой проблеме посвящены исследования психологов Института экспертизы трудоспособности, выявивших различные факторы, лежащие

в основе нарушения трудоспособности больного. Еще в 1936 г. В. М. Коган выдвинул положение о том, что у многих больных основным фактором, снижающим работоспособность, является сужение объема внимания, невозможность одновременного учета нескольких воздействий среды.

Обнаруженные при экспертизе трудоспособности функциональные затруднения психической деятельности больных, сохранивших в основном навыки и умения, необходимые для однократных умственных действий, дали этой группе психологов основание для поисков особых экспериментальных приемов исследования.

Проблеме нарушений работоспособности посвящены исследования Э. А. Коробковой. В своем сообщении на 18-м Международном конгрессе психологов она формулирует работоспособность как «возможность длительной систематической общественно полезной деятельности» (стр. 163) и приводит классификацию проявлений нарушенной трудоспособности: нарушение целенаправленности, произвольности, нарушения объема и регуляции усилий и нарушение динамики деятельности.

В данной главе мы хотим остановиться не на нарушении работоспособности в широком смысле слова этого понятия, а на нарушениях умственной работоспособности, которые являются следствием истощаемости (по классификации Э. А. Коробковой, это ближе всего к нарушению динамики деятельности аффективно-волевой сферы). Приобретенные в прошлой жизнедеятельности человека навыки, его интеллектуальные операции остаются нередко сохранными, между тем больной не в состоянии выполнить ряд интеллектуальных работ, требующих длительных и устойчивых усилий.

Истощаемость подобных больных находит свое выражение в ряде проявлений и принимает нередко характер нарушений как бы отдельных процессов. Она может проявиться в виде нарушений памяти, в виде колебаний внимания. Если таким больным предложить заучивать 10 слов и изобразить количество воспроизведенных слов в виде кривой, то последняя носит ломаный характер (рис. 1).

Аналогичные результаты были получены при исследовании больных пробой Крепелина. Методика состоит в следующем: на бланке напечатаны пары цифр, под-

лежащих сложению. Экспериментатор подсчитывает количество сложений в минуту и количество ошибок¹. Кривая, изображающая количество допущенных ошибок,

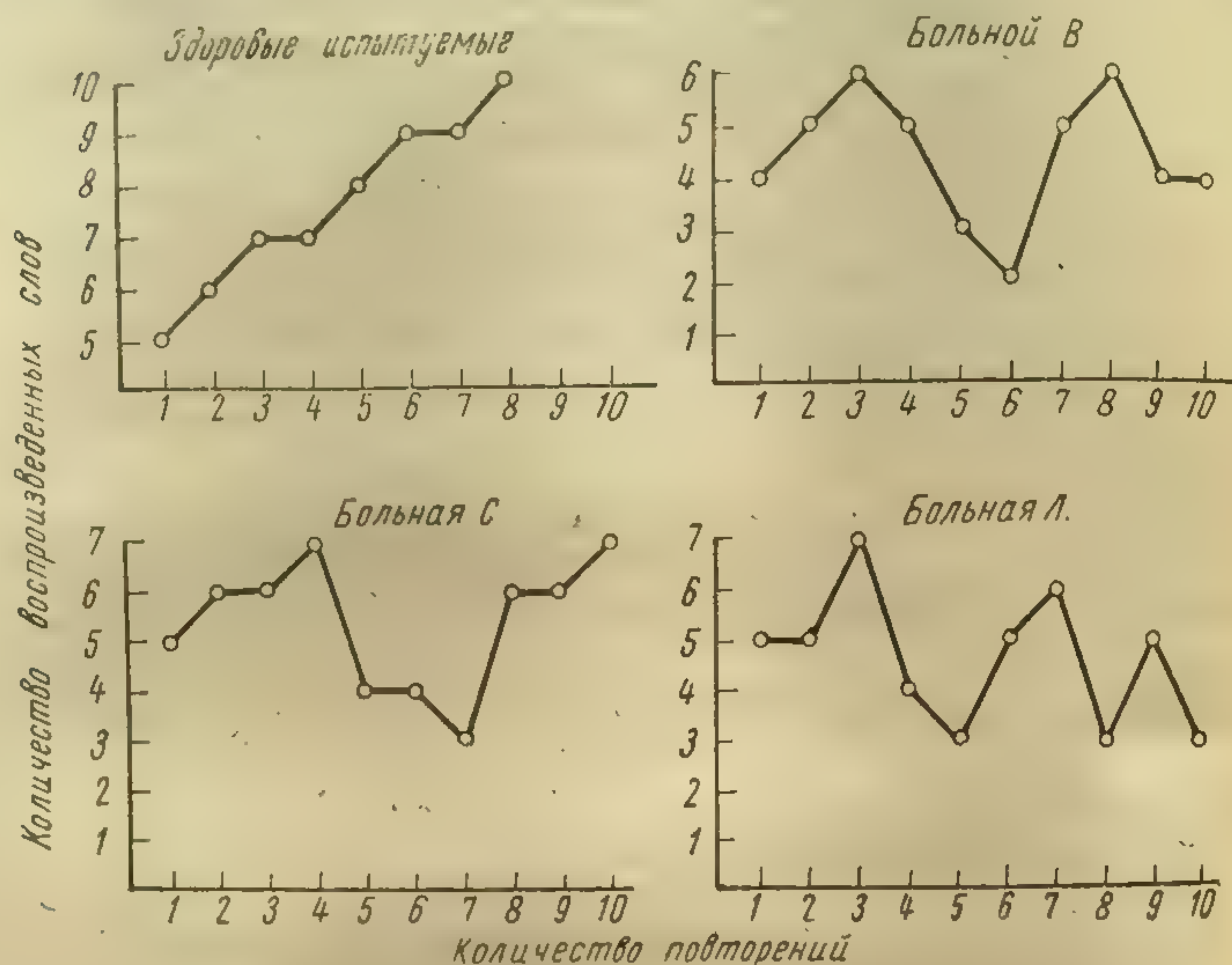


Рис. 1

носит тоже ломаный характер, свидетельствуя о прерывистости и лабильности продуктивности больных (рис. 2).

Подобные колебания выявились как при исследовании сложных форм психической деятельности, так и при анализе элементарных ее проявлений, например при исследовании темпа сенсомоторных реакций.

Для выявления особенностей темпа сенсомоторных реакций была использована методика «отыскания чисел на таблицах» Шульте. Больному предлагалось последовательно пять таблиц (размером 60×60 см), на которых были расположены вразброс числа от 1 до 25. Больной должен был показывать и называть числа по

¹ Подробное описание этой, так же как и последующих приведенных методик, см. в кн.: С. Я. Рубинштейн. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1962.

порядку. Эта методика выявляет скорость ориентировочно-поисковых движений глаз.

В дипломной работе В. И. Васильевой, посвященной исследованию нарушений психики у сосудистых больных, выполненной в психологической лаборатории Московского института психиатрии, были установлены следующие факты. Суммарное время отыскания всех

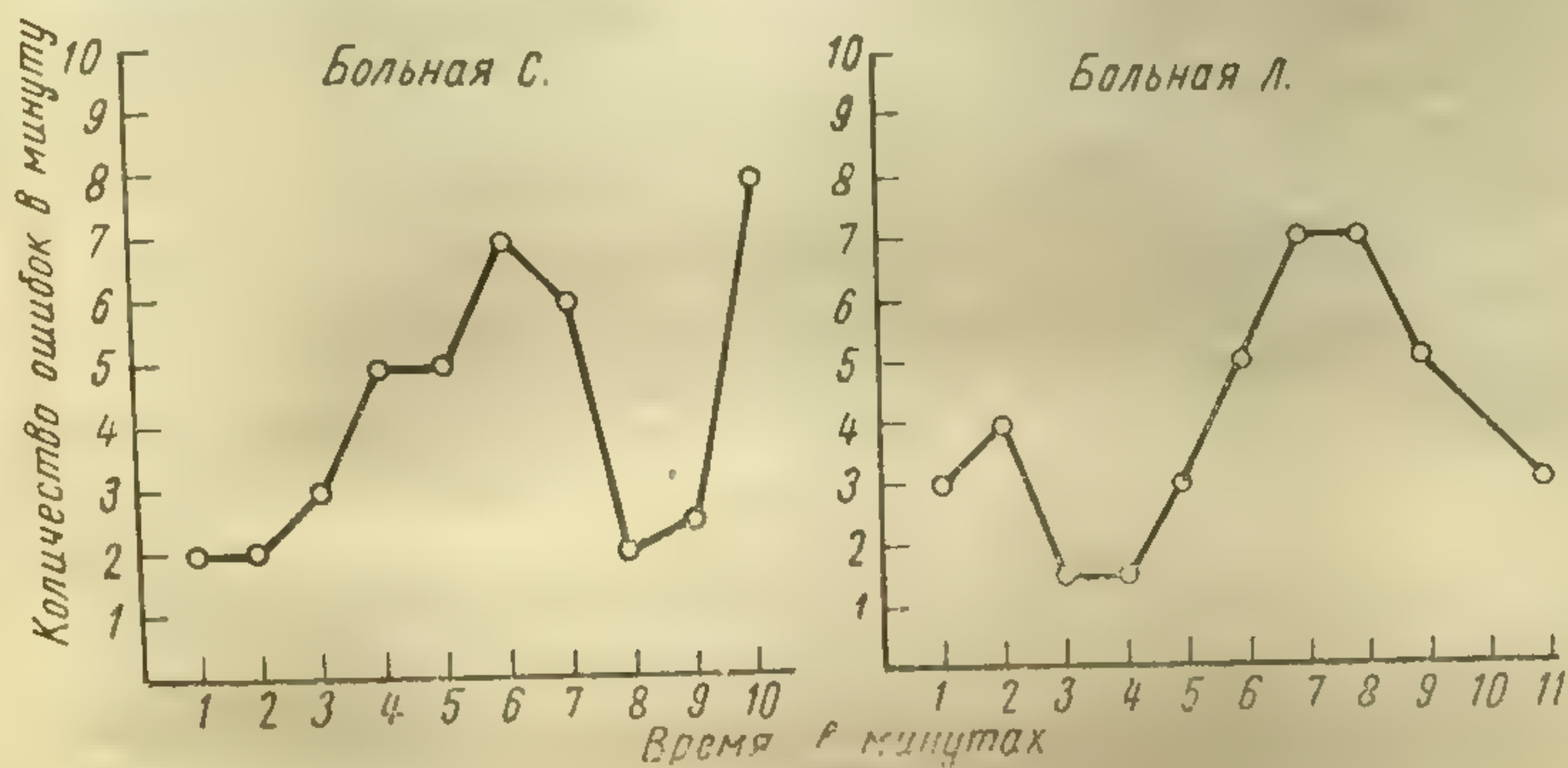


Рис. 2

чисел на таблице у сосудистых больных по сравнению с группой здоровых испытуемых резко замедлено. Однако детальный отсчет времени каждой отдельной поисковой реакции свидетельствует о том, что эта общая замедленность объясняется наличием отдельных чрезмерно длительных поисковых реакций в ряду других, нормально быстрых.

Отыскивая числа, как правило, в нормально быстром темпе, больные внезапно «теряют» очередное число, т. е. «смотрят на него и не видят», утверждая иногда, что такого числа на таблице вообще нет. Иными словами, такая общая замедленность темпа выполнения задания оказывается в действительности итогом крайней неравномерности темпа отдельных реакций. В. И. Васильева предполагает, что причиной неравномерности поисковой реакции могут быть кратковременные тормозные состояния, возникающие в коре головного мозга при нагрузке зрительного анализатора.

Вторым, также чувствительным индикатором изменения сенсомоторных реакций больных были данные,

полученные при исследовании зрительной моторной координации больных. Эти исследования были проведены нашей сотрудницей С. Я. Рубинштейн с помощью созданной ею методики, которая заключалась в том, что испытуемый должен был научиться очень точно рассчитывать свои нажимы на резиновую грушу для того, чтобы осуществить заданное движение под контролем зрения. Запись движений производилась чернилами на ленте кимографа. Подробное описание методики дано в книге С. Я. Рубинштейн «Методики экспериментальной патопсихологии».

Обнаружилось, что у больных, в клинической характеристике которых отмечены психические нарушения артеросклеротического генеза, как правило, кривая посила толчкообразный характер. Больные правильно осуществляли заданное им движение по силе и скорости, однако нажимы их не были плавными.

Автор указывает, что в основе отмеченного огрубления коррекционных механизмов движений лежит, видимо, нарушение индукционных взаимоотношений нервных процессов в коре головного мозга. С. Я. Рубинштейн говорит о том, что толчкообразность кривой отражает в сущности неправильное замедление и не пропорциональную внешним условиям силу коррекционных импульсов.

Подобная прерывистость психических процессов, неустойчивость ее динамики, связанная, очевидно, с колебаниями коркового тонуса, приводит нередко к нарушениям более сложных форм интеллектуальной деятельности — к *непоследовательности суждений*.

Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения в основном не был снижен; больные правильно усваивали инструкцию, хорошо анализировали и синтезировали материал, понимали переносный смысл пословиц и метафор. Однако адекватный характер суждений больных не был устойчивым. Выполняя экспериментальное задание, больные не удерживали правильный способ действий в течение длительного времени; правильные способы выполнения задания чередовались с ошибочными.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания «*классификация предметов*».

Задание состоит в том, что испытуемому предлагается ряд объектов (предметов, карточек), которые ему надлежит разложить на отдельные группы на основании какого-нибудь общего признака. Впервые этот метод применялся при исследовании афазий К. Гольдштейном, который давал больным раскладывать реальные предметы, подобранные по принципу материала. Психологическая трудность выполнения задания состояла в том, что «общий» принцип классификации — свойство материала вещи — стоял часто в противоречии с привычными конкретными связями между предметами (например, по принципу материала перо можно объединить в одну группу с ложкой; возникающая же связь по содержанию между пером и книгой мешала такому объединению). Следовательно, для проведения классификации на основании обобщенного признака надо от тормозить конкретные связи между предметами и подчинить процесс классификации абстрактному признаку. В дальнейшем эта методика была изменена (Л. С. Выготский, Г. В. Биренбаум и Б. В. Зейгарник) — вместо реальных предметов предлагали их изображения на карточках. Помимо чисто технических удобств эта методика характеризуется большой условностью принципов сортировки: предметы могут быть окрашены в необычный цвет, можно придать им необычную форму и т. д.

Один из вариантов этой методики состоит в следующем. Испытуемому предлагается набор из 70 карточек, на которых изображены самые разнообразные объекты: домашние животные, дикие звери, инструменты, люди разных профессий, мебель разных видов, фрукты, овощи, деревья и т. п. Инструкция требует разложить карточки на несколько групп так, чтобы в каждой группе были объединены сходные по определенному признаку предметы.

Подбор карточек допускает несколько видов классификации (по признаку материала, по признаку функции предмета: мебель, инструменты и т. п.). Не вдаваясь в характеристику всех возможных видов классификации, следует лишь указать, что, как бы ни были различны по своему содержанию группы предметов, сама задача классификации предполагает необходимость сравнения, установления хотя бы элементарного сходства и разли-

чия между предметами, умения выделить существенный признак, объединяющий разнородные предметы.

Следовательно, это задание дает возможность выявить уровень процесса обобщения, проследить, образует ли испытуемый группы на основании частных, конкретных связей или он поднимается до уровня более широких обобщений (руководствуется ли он этим уровнем на протяжении всего опыта).

Описанный эксперимент позволяет также учесть способы выполнения задачи: объединяет ли больной предметы вначале на основании более частного признака, поднимаясь до более высоких ступеней обобщения лишь постепенно (например, раньше объединяет только птиц, затем птиц с животными и лишь под конец — с людьми, образуя группу «живые существа»), или же сразу образует группы по более общим признакам («живые существа», «растения», «неживая природа»); справляется ли он с задачей самостоятельно или с помощью экспериментатора.

Построение этого эксперимента свободно, «динамично»; экспериментатор не только наблюдает, какие связи испытуемый употребляет при классификации групп, но и активно «вмешивается», помогает или «мешает» испытуемому, вызывая его правильные решения или «провоцируя» ошибочные. Правильное проведение эксперимента выявляет не только уровень обобщения испытуемого, но и отношение испытуемого к ошибкам. Эксперимент показывает, замечает ли испытуемый ошибки, корригирует ли он их или, несмотря на указания экспериментатора, упорствует на ошибочном способе классификации.

Выявленные с помощью этой методики колебания были различны. Колебания умственной деятельности состояли в том, что обобщенный характер выполнения прерывался решениями ситуационного порядка. Так, больная К-ва выделяет в «классификации предметов» правильно группу людей (кузнец, врач, ребенок). Начинает выделять группы растений и тут же откладывает отдельно цветок, к которому присоединяет жука, мотивируя: «Он всегда на цветах сидит». Точно так же, выделив группу мебели, относит туда бутылку и стакан: «Они стоят в шкафу». На замечание экспериментатора: «Подумайте» — отделяет стакан от мебели: «Это посу-

да» и сама убирает жука из группы цветов, присоединив его к группе животных, объясняя: «Туда же можно рыб и птиц — это же все живые».

Указанный образец показывает, что колебания умственной деятельности больных проявлялись в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось стойким модусом работы больных.

У других больных ошибочные решения вызывались их забывчивостью. Так, выделив группу по правильному обобщенному признаку, больные начинают выделять аналогичную группу. Например, больной К-в выделил группу «растений», в которую входили и овощи, и цветы, и фрукты, тут же начинает выделять еще одну группу растений. Подобные выделения *одноименных* групп являются наиболее типичными. Аналогичные эпизодические ошибочные действия и суждения выступали и при выполнении других методических приемов, например, установление аналогии отношений.

Нередко правильное, адекватное выполнение задания прерывается внезапно наступающими колебаниями аффективной сферы больных. Допущенная небольшая ошибка, неосторожное замечание экспериментатора по ее поводу дезорганизуют правильное выполнение задачи.

Колебания умственной работоспособности больных приводили больных к неправильным решениям задач и суждениям. Однако последние возникали периодически и не свидетельствовали о стойком снижении интеллектуальных процессов больных, о распаде их синтетической деятельности. Ошибки мышления больных возникали потому, что отдельные правильные суждения не доводились до конца; они обрывались, отдельные этапы забывались и не складывались в единую стройную цепь рассуждений.

Подобные нарушения не могут быть объяснены нарушением системы понятий; они носят динамический характер: больные правильно намечают ход суждений, некоторое время он совершается в пределах заранее установленной программы, однако больной не в состоянии прочно удержать ее; побочные раздражители легко нарушают эту адекватную программу действий.

Следует отметить, что колебания умственных дости-

жений больных выявляются не при всех экспериментальных заданиях. Они могут не выступить при выполнении даже сложных, но одноактных проб. Они обнаруживаются больше всего при решении многоактных задач, требующих учета и удержания нескольких признаков. На это указывают и данные исследования В. М. Когана. Автор обнаружил, что при сосудистых заболеваниях мозга происходит сужение объема восприятия, что приводит к затруднениям при необходимости совместить несколько признаков.

При невыраженной степени заболевания подобная непоследовательность суждений поддается исправлению. Часто экспериментатору бывает достаточно спросить больного, что он делает, или просто выразить удивление по поводу его действий, т. е. привлечь внимание больного к ошибкам, чтобы больной самостоятельно и легко исправил их.

Следует отметить, что колебания достижений больных возникали в связи с самыми незначительными изменениями условий работы. На это указывают следующие факты, выявившиеся при анализе результатов эксперимента по методике «отнесение фраз к пословицам». Ряд больных, хорошо определявших переносный смысл пословиц, допускали грубые ошибки при необходимости отнести к ним адекватные по содержанию фразы (на этот факт мы указывали в нашей работе, специально посвященной пониманию переносного значения). Так, например, один из больных, поняв пословицу «Не все то золото, что блестит» и объяснив ее правильно, подбирает к ней неподходящую фразу: «Золото тяжелее железа», однако тут же исправляет ошибку, огорчается по поводу того, что допустил ее. Другой больной, правильно объяснив пословицу «Взялся за гуж, не говори, что не дюж», относит к ней фразу: «Не нужно откладывать дела в долгий ящик».

Особенно резкие колебания уровня достижений обнаруживались при выполнении заданий, которые требовали длительного удержания направленности мысли и постоянного отторгивания несоответствующих связей.

Описанные колебания умственных достижений наших больных, наблюдавшиеся в течение одного и того же эксперимента, особенно резко проявлялись к его концу.

В некоторых случаях при улучшении состояния больного эти колебания исчезали.

При анализе природы колебаний уровня умственных достижений прежде всего вставал вопрос об их зависимости от сложности задания.

Данные нашего исследования показывают, однако, что неравномерность умственных достижений больных вызывалась не сложностью материала и не затруднениями при его организации. Как мы говорили выше, наблюдаемые колебания часто обнаруживались и при выполнении самых элементарных заданий как удержание и воспроизведение десяти слов, как нахождение чисел на таблицах Шульте.

Все эти данные свидетельствуют о том, что колебания умственных достижений больных зависят не от усложнения задания. Любой вид деятельности может быть на какой-то отрезок времени доступен больному и через некоторое время выполняться с большими или меньшими трудностями. Один и тот же эксперимент обнаруживает то высокий уровень достижений больного, логически выдержанный ход его мыслей, то непоследовательность суждений.

Нам представляется, что эти факты имеют принципиальное значение. Они свидетельствуют о том, что колебания умственных достижений при выполнении самых различных задач являются проявлением более общего нарушения — *неустойчивости умственной работоспособности больных*. Именно колебания умственной работоспособности приводят к тому, что одни и те же больные то кажутся людьми полноценными, адекватно мыслящими и действующими, то производят впечатление людей, действия которых лишены целенаправленности. Подобные нарушения чаще всего встречались у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга на ранней стадии болезни.

Подобные колебания являются, очевидно, проявлением быстро наступающего истощения психических процессов больных. Эта истощаемость своеобразна, ее следует отличать от обычной истощаемости, которую мы наблюдаем у здорового человека. В последнем случае наступает замедленность темпа работы, нарастание количества ошибок к концу эксперимента. Об этом свидетельствуют эксперименты над здоровыми испытуемыми

(взрослыми и детьми). Так, если испытуемый утомлен, он будет медленнее выполнять классификацию предметов, но будет выполнять ее на адекватном для него уровне. Истощаемость же психических процессов наших больных обуславливает временное изменение самого качества их умственных достижений, уровня их умственной деятельности.

Можно предположить, что в основе подобной истощаемости нервных процессов лежит процесс охранительного торможения. И. П. Павлов неоднократно писал о том, что для образования условных связей необходима определенная сила нервных процессов.

Болезни головного мозга приводят к ослаблению функционального состояния корковой динамики, к снижению тонуса коры, которое выражается в разлитом торможении, названном И. П. Павловым «охранительным». Это тормозное состояние носит функциональный характер, оно является преходящим, но все же оно приводит к временному ослаблению работоспособности мозга, которое выглядит, как мы уже говорили выше, как нарушение отдельных функций.

Ряд клинических симптомов, которые выглядят как нарушение отдельных изолированных психических процессов, по существу являются по-разному оформленными проявлениями нарушений работоспособности. Так, когда больные жалуются, что они забывают прочитанное, забывают выполнить поручение, это часто выглядит как нарушение памяти, когда больные отмечают, что побочные, малозначащие факты (разговор соседей, тихо говорящее радио) мешают им работать, это выглядит как «распыление» внимания. В действительности, все эти симптомы являются проявлением одного нарушения — чрезмерно легко наступающей истощаемости корковой нейродинамики, приводящей к изменению умственной работоспособности.

Работоспособность может быть нарушена вследствие быстрого «пресыщения», явления, близкого по своему проявлению к истощаемости, но все же имеющего иную психологическую структуру. Понятие это введено немецким психологом К. Левином для обозначения состояния, когда у человека иссякает потребность к продолжению начатого действия, в то время как условия заставляют его им заниматься.

В этих случаях, по данным сотрудницы К. Левина А. Карстен, возникают изменения в деятельности испытуемого, «вариации» ее. Так, если испытуемому приходилось выполнять монотонное задание, например чертить черточки, это действие прерывалось привнесением вариаций: испытуемые отвлекались на время от основной цели задания, выполняли какие-то другие действия, не относящиеся к делу (начинали посвистывать, петь, сама внешняя сторона деятельности менялась — черточки становились больше, меньше, менялась их конфигурация). А. Карстен рассматривала эти вариации как показатели, симптомы наступающего пресыщения, т. е. как фактор, прерывающий целенаправленность деятельности.

Симптом пресыщения не связан с утомлением. О соотношении утомляемости, работоспособности и заболевания много писалось. Первый, кто выдвинул эту проблему, был Э. Крепелин, который установил значение таких факторов, как упражняемость, вработываемость, утомляемость для анализа работоспособности личности. Своими исследованиями Э. Крепелин и последователи его школы показали, что при всякой работе можно различать несколько фаз: вработываемость в задание, упражняемость и истощаемость. Симптом пресыщения не сводим к этим выделенным Э. Крепелиным факторам. Как указывают в своих ранних работах В. Н. Мясищев и его сотрудники Е. Е. Плотникова и Р. И. Меерович, явление истощаемости относится к тем психическим явлениям, к которым применима характеристика отношения личности к выполняемой работе. Об этом свидетельствуют и исследования самой А. Карстен. При изменении смысла работы (например, если давалась новая инструкция, что этим экспериментом исследуется «выдержка» испытуемого) вариации исчезали.

Симптомы истощаемости (вариации, сопутствующие действия) выступали, как показали исследования А. Карстен, у здоровых испытуемых не сразу. Они проявлялись через более или менее продолжительный промежуток.

При некоторых формах заболеваний симптомы истощаемости наступали довольно быстро. Об этом свидетельствуют исследования Э. А. Коробковой, проведенные с невротиками, Р. И. Мееровича с больными

прогрессивным параличом, наши собственные исследования с больными в астеническом состоянии разной этиологии.

К проблеме насыщения и отношения личности мы обратимся еще в главе VI. Здесь нам хотелось лишь указать, что к факторам, нарушающим работоспособность человека, следует отнести и наступление пресыщаемости.

Колебания умственной работоспособности могли возникать вследствие нарушения совершенно иного фактора — тенденции к чрезмерному опосредованию.

Дело в том, что больные, у которых отмечалось снижение умственной работоспособности, были в основном личностно сохранны. Они замечали свои ошибки, пытались их скомпенсировать. При этом возникало иногда чрезмерное стремление опосредовать свое поведение и действия. Особенно четко это выявилось в опыте на опосредованное запоминание по методу пиктограмм, где больные должны были запоминать слова с помощью условного обозначения. Больные чрезвычайно заняты нахождением условного обозначения, они всячески опасаются, что «рисунок не напомним им слова»; воспроизведение же слов оказалось неполным, недифференцированным (у здоровых же людей подобное опосредование улучшает процесс воспроизведения).

Сам факт опосредования какого-либо действия является адекватным свойством психической деятельности здорового человека. Несмотря на то что сам акт опосредования отвлекает на себя усилия субъекта, оно (это опосредование) не разрушает ни целостности усвоения, ни логического течения суждений и умозаключений человека.

Усилия же наших больных столь резко направлены на приемы компенсации, на постоянное отыскивание «костылей», что нарушается целостность восприятия, гармоничность протекания интеллектуального процесса больного. Повышенные стремления больного опосредовать и корректировать свои действия затрудняет выполнение умственной работы, придает ей характер прерывистости.

Проблема нарушения работоспособности имеет большое значение при решении практических задач клиники и педагогики. Нередко неуспеваемость ребенка или не-

продуктивность в работе объясняется не плохим уровнем знаний, не утерей навыков, не отсутствием личностной направленности, а лишь изменением корковой нейродинамики, обуславливающей снижение работоспособности человека (которая может быть восстановлена под влиянием терапевтических и коррекционно-педагогических воздействий). Из-за временно наступающих колебаний тонуса активности нарушается адекватный характер деятельности. Вместе с тем проблема эта имеет известный теоретический интерес: более подробный анализ измененной работоспособности позволяет подойти к сложнейшей проблеме соотношения тонуса корковой активности и структуры действий, к вопросу о соотношении психической активности и регуляции поведения.

ГЛАВА V

НАРУШЕНИЯ МЫШЛЕНИЯ

Нарушения мышления являются одним из наиболее часто встречающихся симптомов при психических заболеваниях. Клинические варианты расстройств мышления чрезвычайно многообразны. Некоторые из них считаются типичными для той или другой формы болезни. При установлении диагноза заболевания клиницисты часто руководствуются наличием того или другого вида нарушений мышления. Поэтому во всех учебниках и монографиях психиатрии, посвященных самым различным клиническим проблемам, мы встречаем высказывания относительно расстройств мышления; много работ, посвященных расстройствам мыслительной деятельности, мы встречаем и в психологической литературе. Однако единой квалификации или единого принципа анализа этих расстройств нет; происходит это потому, что при описании и анализе нарушений мышления исследователи базировались на различных психологических теориях мышления, на различных философско-методологических положениях.

Психология мышления является одной из самых разработанных областей психологической науки, она являлась всегда центральной проблемой и именно в этой области психологии яснее всего обнаруживаются различия исходных теоретических позиций исследователей. Если в середине 30—40-х годов из-за увлечения глубинной психологией наблюдался некоторый спад интереса к проблемам мышления и сознания, то в последующие

годы опять увеличиваются исследования в области психологии мышления. В связи с техническим прогрессом психология испытывает на себе влияние кибернетических исследований. Наметился новый подход к деятельности мышления как деятельности управления поиском решения задач. Несмотря на то что такой подход к деятельности мышления обогатил во многом психологическую науку, создались неправильные взгляды на природу самого человеческого мышления. Ряд зарубежных ученых (Ньюэлл, Шоу и др.) выдвинул положения, согласно которым мышление может быть сведено к элементарным информационным процессам, к манипуляциям символами. Программа решения задач на электронно-вычислительных машинах (ЭВМ) стала выдаваться за теорию мышления. Поэтому в настоящее время встает новая проблема — выявление в управлении поисками решения задач специфически человеческого.

Исследование творческого мышления человека, проведенное О. К. Тихомировым на большом экспериментальном материале, показало не только «невозможность считать программу машинной работы теорией человеческого мышления, но и невозможность описать действительную природу человеческого мышления в системе кибернетических понятий»¹.

Задача исследования специфически человеческого в работе мышления стала первоочередной задачей.

Анализ различных форм патологии мыслительной деятельности представляет собой богатейший материал, который показывает правомерность признания специфичности человеческого мышления; данные экспериментально-психологических исследований убедительно показывают, что к мышлению следует подходить как к одной из форм деятельности (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн).

* * *

Как мы уже говорили выше, анализ расстройств мышления проводился в понятиях современных домини-

¹ О. К. Тихомиров. О познавательной ценности имитации творческого мышления на ЭВМ. «Материалы к польско-советскому симпозиуму». М., Изд-во АН СССР, 1967, стр. 50.

рующих психологических концепций. Проблема мышления возникла как предмет психологии в начале 20-х годов нашего века в Вюрцбургской психологической школе. Господствовавшая до этого ассоциативная психология не ставила перед собой проблемы анализа мыслительной деятельности. Мышление сводилось к сцеплению ассоциаций. За реальность принимались лишь ощущения и их копии (идеи, образы).

Психологический анализ мышления заключался в выяснении законов ассоциаций, по которым сложные идеи или образы создаются из элементарных. Один из основоположников ассоциативной психологии А. Бен отводит ассоциациям по сходству основную роль в мышлении. Введение Вундтом в психологию экспериментального метода было безусловно прогрессивным фактором в истории психологической науки. Однако психологические исследования, проведенные Вундтом и его последователями, проводились на основах ассоциативной психологии.

Г. Эббингауз, Г. Мюллер, Т. Циген — крупнейшие представители экспериментальной психологии того времени — считали, что универсальным законом являются законы ассоциации. Так, понятия, суждения, умозаключения характеризуются как ассоциации представлений. «Суждение, — говорит Циген, — представляет собою более высокую ступень развития объективной ассоциации» (стр. 273). Другие представители экспериментальной ассоциативной психологии считают, что мышление сводится к актуализации ассоциаций.

Проблема репродукции идей стала краеугольным камнем ассоциативной теории мышления. Само мышление стало называться репродуктивным. Мышление рассматривается нередко как производная функция от других психических функций: памяти, внимания. На подобных концепциях основывались работы психологической лаборатории психиатрической клиники крупнейшего немецкого психиатра Э. Крепелина.

Эти положения ассоциативной психологии определили во многом исследования в области психопатологии мышления. Нарушения мышления выводились из нарушений других функций. Пытались показать, что в основе нарушения мышления лежало нарушение так называемых предпосылок интеллекта: памяти, внимания.

Так, например, нарушение мыслительной деятельности больных эпилепсией объяснялось нарушением комбинаторных способностей (Э. Крепелин, К. Гейльброннер, М. Я. Серейский). По мнению других авторов, умственная деятельность таких больных снижается из-за крайне неустойчивой функции внимания (В. П. Осипов). Ряд исследователей отмечает поражение функции памяти как причину нарушения мышления эпилептиков (Г. И. Берштейн).

При объяснении сущности мыслительных нарушений сенильных больных авторы указывают на нарушение способности удерживать воспринятое. Сущность нарушения мышления этих больных сводится к нарушению памяти (В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич, С. Г. Жислин и др.).

При объяснении нарушений мыслительных процессов, при травмах мозга ряд авторов (Р. Я. Голант, М. О. Гуревич, В. А. Гиляровский, Р. С. Повицкая) склонялся к мнению, что в этих случаях интеллектуальные нарушения наступают из-за расстройства внимания.

Большое влияние оказали на психопатологические исследования в области мышления и положения Вюрцбургской психологической школы. Как известно, представители Вюрцбургской школы (Кюльпе, Ах, Зельц и др.) выдвинули положение, что мышление не сводимо к процессу ассоциаций, что оно имеет свою специфику. Эта специфика не сводима к наглядно-образному содержанию ощущений и восприятия. Механизмом мышления является детерминирующая тенденция, идущая от представления цели, не осознаваемая самим человеком. Таким образом, вюрцбуржцы выдвинули впервые понятие цели, задачи, однако этот механизм мышления, детерминирующая тенденция противопоставляется чувственному познанию. Мышление объявляется актом «чистой» мысли, не связанной ни с прошлым опытом, ни с знанием. Опираясь на положения Брентано и Гуссерля об интенции, представители Вюрцбургской школы оторвали мышление от чувственного познания.

В результате ряд немецких психиатров считал, что в основе шизофрении лежит недостаточность «первично данной духовной структуры». По мнению Берце, у которого эта теория наиболее четко представлена, такой первичной структурой является «тонус сознания» (ак-

тивность «я»), которая при шизофрении оказывается нарушенной («гипотония сознания»). «Гипотония сознания», сама по себе не проявляющаяся и познаваемая лишь интуитивным путем, определяет всю психопатологическую симптоматику, в том числе и нарушение мышления.

К этой характеристике примыкают и взгляды Груле. Он определяет нарушение мышления при шизофрении как нарушение «напряженности», в основе которой лежит нарушение активности личности. С этими положениями солидаризируется Берингер, выдвигая концепцию о слабости «интенциональной дуги», являющейся причиной нарушений мышления больного шизофренией, и Штранский, говорящий об «интрапсихической атаксии».

Нарушения мышления трактуются как вторичные, как проявление нарушений особой «активности», «интенций» психики. В статье, посвященной психологии шизофрении (в IX томе «Руководства» Бумке), Груле выдвинул в метафорической форме положение, которое надолго определило ход исследований, касающихся характеристики мышления шизофреников: «Машина остается интактной, но она плохо или совсем не управляема». Мыслительные операции, направленные на практические действия, у больного шизофренией сохранены, память и внимание его не нарушены, однако он не в состоянии синтезировать отдельные, сами по себе правильные умозаключения.

Подобная трактовка мышления как особого вида «духовной активности» особенно выражена у К. Ясперса, который противопоставил интеллект мышлению. В то время как мышление определялось им как проявление интрапсихической активности, интеллект рассматривался как совокупность способностей; память, внимание и речь выступали в качестве «предпосылок интеллекта». Это подразделение проникло и в нашу отечественную психиатрию. Так, в учебнике психиатрии М. О. Гуревича и М. Я. Серейского мы читаем: «Мышление функционально находится в тесной зависимости от состояния интеллекта, но все же эти понятия не совпадают. При ненарушенном интеллекте, как показывает патология, возможны резкие нарушения функций мышления. ... Мышление есть интеллект в действии, это проявление интрапсихической активности; используя интел-

лектуальные возможности, оно включает активные компоненты — интенцию, внимание, аффективную направленность, целевую установку. ... Таким образом, в отличие от интеллекта, который представляется в известных пределах стойким, постоянным и лишь медленно изменяющимся (в сторону развития или оскудения), мышление динамично, изменчиво в зависимости от различных факторов даже в норме и дает особенно резкие нарушения в патологии при сохранении способности к восстановлению, причем изменение в ту или другую сторону (дезинтеграция — реинтеграция) может совершаться резко, скачками» (стр. 39—40). Указания на то, что у больного сохранен интеллект, а мышление нарушено, встречаются во многих исследованиях.

Такое противопоставление интеллекта мышлению привело к тому, что исследователи пытались найти различный генез мыслительных нарушений при грубых органических заболеваниях и при шизофрении. Нарушения познавательных процессов, выступающие при грубых органических заболеваниях, например при травмах, определялись как нарушения интеллекта или «предпосылок интеллекта»; нарушения же высших познавательных процессов при шизофрении трактовались как нарушения собственно мышления.

Концепция противопоставления «интеллекта» «мышлению», сведения последнего к некой особой сущности получила особое распространение при характеристике психической деятельности больных шизофренией. Исследователи стали выделять у больных шизофренией некое «основное нарушение» (*Grundstörung*), из которого выводились все особенности изменений его психики. При этом указывалось на «непонятность», причудливость мышления и поведения этих больных, которые нельзя объяснить. Эти взгляды опирались на понятия «понимающей психологии» Дильтея и Шпрангера, согласно которым, как мы говорили выше, психику нельзя объяснить.

Особенно большое распространение получила точка зрения, согласно которой «основным нарушением» больного шизофренией является его аутичность, обуславливающая распад его мышления. Проблема аутистического мышления была поставлена немецким психиатром Е. Блейлером. Остановимся несколько подробнее на

анализе его монографии, специально посвященной аутистическому мышлению.

Е. Блейлер противопоставил реальному, отражающему действительность мышлению мышление аутистическое, которое якобы не зависит ни от действительности, ни от логических законов и управляется не ими, а «аффективными потребностями». Под «аффективными потребностями» Блейлер подразумевает стремления человека испытывать удовольствие и избегать неприятных переживаний.

Это противопоставление Блейлер формулирует следующим образом: «Соответствующее реальности логическое мышление является мысленной репродукцией таких связей, которые доставляет нам действительность». Аутистическое мышление управляется стремлением и не считается с логикой и с действительностью.

Е. Блейлер противопоставляет логическое и аутистическое мышление по их генезу. Он пишет: «Ослабление логического мышления приводит к преобладанию аутистического мышления; это само собой понятно еще и потому, что логическое мышление, работающее с помощью картин воспоминания, должно быть приобретено путем опыта, в то время как аутистическое мышление следует прирожденным механизмам».

Концепция Е. Блейлера имеет известную историческую ценность: в противовес современной ему формальной интеллектуалистической психологии и психопатологии он подчеркнул аффективную обусловленность мыслительного процесса, точнее — зависимость направленности мышления от потребностей человека. То, что Е. Блейлер подчеркивает роль аффективных стремлений в мышлении, то, что он связывает мышление с потребностями (пусть даже ограничивая свое рассмотрение одной потребностью, да еще на се биологическом уровне), представляется нам скорее достоинством, нежели пороком книги Е. Блейлера. Основное выражение, которое нам представляется важным для критики концепции аутистического мышления Е. Блейлера, заключается в том, что он разывает так называемое реальное и аффективно обусловленное мышление. И хотя Е. Блейлер указывает на то, что логическое реальное мышление отражает действительность и регулируется ею, он изо-

лирует этот основной вид мышления от эмоций, стремлений и потребностей.

Попытка Е. Блейлера расчленить единый процесс рационального познания на два генетически и структурно противоположных вида мышления и ввести в психопатологическую терминологию понятие аутистического, т. е. независимого от реальности, мышления является ложной.

Большое влияние оказали на исследования в области мышления работы школы гештальтпсихологии. В работах В. Кёлера, М. Вертгеймера, К. Дункера мышление рассматривается как внезапное, неподготовленное прежним опытом и знаниями «понимание» ситуации. Деятельность мышления заключается в том, что отдельные части (конфигурации) проблемной ситуации переструктурируются; образуется новое «целое», новый «гештальт». Отдельные элементы проблемной ситуации воспринимаются в новых отношениях, в зависимости от нового «гештальта». Само же переструктурирование происходит благодаря внезапному схватыванию — «инсайту».

Несмотря на то что гештальтпсихологи в лице Дункера, Майера ставили вопрос о продуктивности мышления, они не смогли раскрыть специфику мышления; анализировали его либо путем переноса принципов из восприятия, либо выводили его из явлений сознания; для представителей гештальтпсихологии не существовал объект вне сознания.

Надо сказать, что принципы гештальтпсихологии в области мышления не оказали значительного влияния на патопсихологические исследования. Лишь некоторые частные вопросы, скорее методического порядка, были использованы.

В советской психологии преодолены представления о мышлении как о врожденном имманентно развивающемся процессе или как об акте «сцепленных» ассоциаций. Одно из основных положений советских психологов о мышлении (Л. С. Выготский, П. Я. Гальперин, А. П. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) состоит в том, что мышление является процессом овладения системой общественно-исторически выработанных операций и знаний.

Мышление определяется в советской психологии как обобщенное и опосредствованное отражение действительности, тесно связанное с чувственным познанием мира и практической деятельностью людей.

Характеризуя диалектический путь познания объективного мира, В. И. Ленин писал: «От живого созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике — таков диалектический путь познания истины, познания объективной реальности»¹.

Рациональное познание не ограничивается отражением единичного, частного, а отражает наиболее существенные связи действительности.

Процесс познания выражается не только в переходе от чувственного познания к рациональному, но и в том, что оно должно вновь вернуться к практике. Этот процесс, наиболее полно отражая действительность, возможен лишь благодаря языку, который, является, по словам К. Маркса, непосредственной действительностью мысли².

Эти общие положения марксистско-ленинской философии легли в основу взглядов советской психологии на природу психических процессов, в том числе и мышления. Мышление является особым видом человеческой деятельности, формирующимся в практике, когда перед человеком встает необходимость разрешить какую-нибудь задачу.

Для понимания природы мыслительной деятельности большое значение имеет исследование ее генезиса.

Психические свойства формируются в процессе онтогенетического развития. Толкование психических процессов, в том числе и мышления, как внутренних духовных свойств, как замкнутых в себе духовных функций, пытался своими исследованиями опровергнуть Л. С. Выготский. Он неоднократно высказывал мысль, что психические процессы возникают в совместной деятельности людей и в их общении друг с другом, что действие, сначала разделенное между двумя людьми, становится способом собственного поведения человека.

Положение о том, что психическая деятельность формируется из внешней, наиболее последовательно развито А. Н. Леонтьевым и П. Я. Гальпериным. В работах

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, стр. 152—153.

² См. К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 3, стр. 448.

П. Я. Гальперина указывается, что всякий процесс усвоения начинается с конкретного действия с предметами. В дальнейшем операция утрачивает характер внешнего действия с предметами и производится во внешней речи, а потом «про себя», «в уме». Благодаря этому она абстрагируется от конкретных предметных условий и приобретает более обобщенный характер. Происходит, по выражению автора, специфическое «сокращение процесса», его автоматизация и переход в динамический стереотип.

А. Н. Леонтьев называет этот момент моментом образования механизма соответствующей психической функции, указывая далее, что многие звенья процесса становятся излишними, не получают подкрепления, затормаживаются и выпадают. Вместе с этим сокращением процесса происходит закрепление соответствующих рефлекторных связей «редуцированной системы».

А. В. Запорожец проводит эту точку зрения на основании экспериментального изучения формирования произвольных движений у ребенка.

Следует отметить, что понимание психических процессов как процессов, развивающихся из внешней деятельности, имеет место также у ряда прогрессивных психологов за рубежом (Ж. Пиаже, А. Валлон).

Развиваемые в советской психологии положения о том, что теоретическая деятельность развивается из внешней, что психические свойства, как общие, так и специальные, являются продуктом онтогенетического развития, опираются на учение И. М. Сеченова и И. П. Павлова о рефлекторной природе психики. В «Элементах мысли» И. М. Сеченов говорит о том, что мысль начинается с образования представлений о предмете и непосредственно переходит во «внечувственную область». И. М. Сеченов показывает, что абстрактные понятия, образовались под влиянием действий с реальностями. В своем труде «Элементы мысли» он говорит: «Переход мысли из опытной области во внечувственную совершается путем продолженного анализа, продолженного синтеза и продолженного обобщения. В этом смысле она составляет естественное продолжение предшествующей фазы развития, не отличающееся от нее по приемам, а, следовательно, и процессами мышления» (стр. 251—252).

Точка зрения советской психологии на мышление как на деятельность, выросшую из практической, возникшую в процессе жизни индивидуума, опирается на учение И. П. Павлова. В основе мышления лежит условнорефлекторная деятельность, формирующаяся в индивидуальном опыте.

Таким образом, выдвигая положение о рефлекторной природе мышления, советские психологи тем самым отрицают положения идеалистической эмпирической психологии, которая подходит к мышлению как к врожденной способности, как к функции, лишь количественно увеличивающейся в ходе развития.

Психологическое исследование мышления, его становления и развития состоит, как отмечает С. Л. Рубинштейн, в раскрытии его закономерностей как аналитико-синтетической деятельности.

Открытие рефлекторной основы всех, даже элементарных, психических актов обнаружило их процессуальную структуру. По выражению И. М. Сеченова, «мысль о психическом акте, как процессе, должна быть удержана как основная» (стр. 252). Даже самые элементарные психические процессы человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают некоторой изменчивой динамикой. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

Мыслительная деятельность заключается не только в умении познать окружающие явления, но и в умении действовать адекватно поставленной цели. Мыслительный процесс является активным, целеустремленным процессом, направленным на разрешение определенной задачи.

Данные советских психологов показали, что мышление является деятельностью, которая опирается на систему понятий, которая направлена на решение задач, эта деятельность подчинена цели, учитывает условия, в которых задача осуществляется.

Для успешного выполнения задачи необходимо постоянно удерживать эту цель, осуществлять программу операций, сличать ход выполнения с ожидаемым результатом. На основе этого сличения происходит коррекция неправильных ходов.

Эти положения советской психологии о структуре мышления должны лечь в основу анализа различных форм патологии мышления.

Нарушения мышления, встречающиеся в психиатрической практике, носят разнообразный характер. Их трудно уложить в какую-нибудь жесткую схему, классификацию. Речь может идти о параметрах, вокруг которых группируются различные варианты изменений мышления, встречающиеся у психически больных.

На основании многочисленных исследований, накопленных в психологической лаборатории Московского института психиатрии, можно выделить следующие три вида патологии мышления:

- 1) нарушение операционной стороны мышления;
- 2) нарушение динамики мышления;
- 3) нарушение целенаправленности мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида (или подвида) нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления отдельного больного наблюдаются более или менее сложные сочетания разных видов нарушений. Так, например, нарушение обобщения в одних случаях сочетается с нарушением целенаправленности мышления, а в других — с различными подвидами нарушений его динамики.

1. НАРУШЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОЙ СТОРОНЫ МЫШЛЕНИЯ

Мышление как обобщенное и опосредствованное отражение действительности выступает практически как усвоение и использование знаний, как приобретение и применение новых способов интеллектуальных операций. Это усвоение происходит не в виде простого накопления фактов, а в виде процесса синтеза, обобщения и отвлечения. Мышление опирается на известную систему понятий, которые дают возможность отразить действие в обобщенных и отвлеченных формах.

Как правильно указывает в своей работе «О мышлении и путях его исследования» С. Л. Рубинштейн, обобщение есть следствие анализа, вскрывающего существенные связи. Мышление в понятиях должно

означать иное отношение к объекту, возможность установления иных связей между объектами. С другой стороны, оно должно представить возможность установления связи между самими понятиями. Установленные и обобщенные в прежнем опыте системы связей не аннулируются, образование обобщения идет не только путем заново совершаемого обобщения единичных предметов, а путем обобщения прежних обобщений. На это указывал Л. С. Выготский, возвращаясь неоднократно к исходному положению В. И. Ленина о том, что мышление в понятиях дает человеку возможность совершать отлет от тех впечатлений и представлений, которые даются непосредственно органами чувств, чтобы, вернувшись к практике, еще полнее и глубже отражать объективную действительность.

Обобщение дано в системе языка, который служит передаче общечеловеческого опыта и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений.

При некоторых формах патологии психической деятельности (например, при умственной отсталости, некоторых видах органической деменции) у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения.

Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операционной стороны мышления принимают различные формы. При всем их разнообразии они могут быть сведены к двум крайним вариантам: а) снижение уровня обобщения; б) искажение процесса обобщения.

Приведем наиболее общую характеристику этих нарушений, пояснив их типичными примерами.

СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ОБОБЩЕНИЯ

Возможность оперировать обобщенными признаками характеризует мышление как деятельность аналитико-синтетическую.

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях; оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания подобные больные не в со-

стоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятие.

Поэтому нарушения типа конкретно-ситуационных сочетаний больше всего обнаруживались при выполнении таких заданий, в которых эта умственная операция четко выступает.

Особенно четко подобный вид патологии мышления выявляется с помощью методики *классификации предметов*, краткое описание которой дано в главе IV.

В этом эксперименте один из описываемых больных отказывается объединить в одну группу кошку с собакой, «потому что они враждуют»; другой больной не объединяет лису и жука, потому, что «лиса живет в лесу, а жук летает». Частные признаки «живет в лесу», «летает» больше определяют суждения больных, чем общий признак «животные».

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию: для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены. Даже стол и стул нельзя отнести к одной группе, так как «на стуле сидят, а на столе работают и кушают». Больной отказывается объединить ключ и ножницы, так как они разные: «Это ключ, а это ножницы, что же может быть между ними общего?». В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например: ключ и замок, перо и ручка, нитка и иглолка, тетрадь и карандаш. Иногда испытуемые объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета (больной рассказывает что-нибудь по поводу этих предметов), но классификация не производится. Например, одну группу составляют яйцо, ложка, нож; другую — тетрадь, перо, карандаш; третью — замок, ключ, шкаф; четвертую — галстук, перчатки, нитки и иглолки и т. д. При этом испытуемый объясняет: «Он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш...».

Такого рода ошибочные решения мы обозначаем как конкретно-ситуационные сочетания.

В основном такие решения были у олигофренов (у 95% этих больных), а также у больных с рано на-

чавшимся эпилептическим процессом (86%). Такой тип решений наблюдался и у значительного числа больных, перенесших тяжелые формы энцефалита (70%).

В психическом состоянии этих больных, как правило, не отмечалось психотической симптоматики (бред, галлюцинаций, расстройств сознания); преобладали данные об их общем интеллектуальном снижении.

Эти больные могут правильно выполнить какую-нибудь несложную работу, если ее условия ограничены и жестко predeterminedены. Изменение условий вызывает затруднения и неправильные действия больных. В больничной обстановке они легко подчиняются режиму, принимают участие в трудовых процессах, помогают персоналу, однако часто вступают в конфликты с окружающими, не понимают шуток, вступают в споры с другими слабоумными больными.

Иногда предметы сортируются таким образом, что объединенными оказываются лишь ближайšie два предмета. Например, к столу присоединяется диван («у стола надо сидеть»); к дивану прикладывается книга («на диване хорошо читать»), тетрадь («может, написать нужно что-нибудь»), карандаш («пишут карандашом или ручкой, здесь ее нет»). Сама задача классификации больными не принимается.

Все эти примеры указывают на то, что операция классификации, в основе которой лежит выделение обобщенного свойства предмета, отвлечение от множества других его конкретных свойств и особенностей вызывает затруднения; больные прибегают к ситуационному обоснованию групп.

Аналогичные результаты были выявлены у этой группы больных при выполнении задания по методу «*исключения предметов*», который также применяется для исследования форм и способов обобщения и заключается в следующем.

Испытуемому предъявляются карточки, на каждой из которых изображены четыре предмета, подобранных таким образом, что три из них между собой связаны, а четвертый является по отношению к ним неподходящим. Испытуемый должен указать, какой из этих четырех предметов надо исключить. Например, предлагается карточка с изображением следующих предметов: градусник, весы, часы, очки. В этом случае подлежат

исключению очки, так как первые три предмета являются измерительными приборами.

Психологическая сущность этого метода состоит в том, что прежде всего испытуемый должен понять некоторую условность всей этой операции. Лишь в том случае, если испытуемый нашел принцип обобщения трех предметов, он сможет исключить четвертый.

Эта методика показывает также, может ли испытуемый найти правильную речевую формулировку для обоснования избранного им принципа выделения. Она позволяет обнаружить и возможность переключения с одного способа решения на другой. Приводим примеры выполнения этого задания. Больной К. при предъявлении предметов «термометр, часы, весы, очки» заявляет, что надо удалить термометр, так как он «нужен только больному человеку». Больная из этой же группы предлагает объединить часы, термометр и очки, так как «если человек близорукий, он смотрит на термометр и на часы через очки».

При предъявлении четырех предметов, из которых три относятся к источникам искусственного света (керосиновая лампа, свеча, электрическая лампочка) и один — естественного (солнце), больные часто выделяют в качестве «лишнего» предмета керосиновую лампу, объясняя, что сейчас она уже не нужна, «даже в самых глухих местах проводится электричество». Другие больные по тем же мотивам считают лишней свечу.

В табл. 1 приведены некоторые типичные ответы больных, свидетельствующие о том, что больные оперируют такими свойствами вещей и устанавливают такие взаимосвязи, которые являются несущественными для выполнения задания.

Нередко сразу же после ознакомления с инструкцией больные протестуют: «Здесь ничего лишнего нет, все предметы нужны». Так, больная Д., при предъявлении изображений ботинка, туфли, сапога и ноги, заявляет: «Извините, здесь нет ничего лишнего. Это человеческая нога, на нее можно и туфель, и ботинок, и сапог, и чулок надеть... Да, здесь чулок нет... Если женская нога, то туфель... А может у нее нога больная — то ботиночки... Для мужчины сапог подходящий, я так сужу». Когда же экспериментатор предлагает исключить ногу, так как она является частью тела, а остальные три пред-

Таблица 1

Типичные ответы больных со снижением уровня обобщения
в эксперименте по методу исключений

Предъявленные картинки	Больной	Ответы больного
Лампа кероси- новая, свеча, лампочка эле- ктрическая, солнце	К. (олигофре- ния)	Надо удалить свечу. Она не нужна, есть лампочка
То же	Д. (эпилеп- сия)	Не надо свечки, она быстро сгорает, она невыгодна, и потом уснуть мож- но, может загореться
» »	С. (эпилеп- сия)	Не нужна лампа керосиновая, сейчас повсюду есть электричество. Может, и свечу удалить? Нет, ее нужно ос- тавить, вдруг испортится электриче- ство. У нас бывает часто, тогда про запас нужна свеча
» »	К-н (эпилеп- сия)	Если днем, то нужно удалить солнце и без него светло, ну, а если вече- ром, то (больной задумывается)... Вечером все равно нет солнца... Нет неправильно, днем надо удалить све- чу, оставить солнце, а вечером не надо солнца
Весы, часы, тер- мометр, очки	К-н (эпилеп- сия)	Не нужен термометр. Здесь нет вра- ча, здесь нет больницы
То же	» »	Не нужны весы. Они нужны в мага- зине, когда надо завешивать
» »	С-в (олигоф- рения)	Удалить надо градусник, он только в больнице нужен
» »	Р-в (эпилеп- сия)	Не знаю, все нужно. Часы для време- ни, градусник измерять температу- ру. Очки можно, если человек видит хорошо, но если он близорукий, то они нужны ему. Весы не всегда нуж- ны, но тоже полезны в хозяйстве

мета представляют собой обувь, больная смеется: «Что это вы шутите, не понимаю? Разве можно ногу удалить? Если бы не было у человека ноги, то зачем ему нужна обувь».

Больные подходят к изображенным предметам с точки зрения их жизненной пригодности и не могут выполнить того теоретического действия, которое требует от них задача.

Невозможность выполнения задания в обобщенном плане, неумение отвлечься от отдельных конкретных

свойств предметов связаны с тем, что больные не могут усвоить условности, скрытой в задании.

Особенно четко выступает такое непонимание условности при толковании испытуемыми пословиц и метафор.

Как известно, пословицы являются таким жанром фольклора, в котором обобщение, общее суждение передается через изображение отдельного частного факта конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы только тогда становится понятным, когда человек отвлекается от тех конкретных фактов, о которых говорится в пословице, когда конкретные единичные явления приобретают характер обобщения. Только при этом условии осуществляется перенос содержания ситуации пословицы на аналогичные ситуации. Такой перенос сходен по своим механизмам с переносом способа решения одной задачи на другую, что особенно четко выступает при огнесении фраз к пословицам. Рассматривая проблему переноса, С. Л. Рубинштейн отмечает, что «за переносом стоит обобщение, а за ним анализ, взаимосвязанный с синтезом» (стр. 75).

Мы выделяем два варианта этой методики.

ВАРИАНТ А. ОБЪЯСНЕНИЕ ПОСЛОВИЦ И МЕТАФОР

Испытуемому даются для объяснения пословицы и метафоры. Пословицы подбираются обычные, общеупотребительные и не слишком сложные. Кроме того, испытуемому предлагается придумать какой-нибудь жизненный пример, к которому данная поговорка подходит, или отметить сходство или различие двух других пословиц.

Иногда, в случае неясности для экспериментатора трактовки испытуемым пословицы, ему предлагается письменно сочинить небольшой рассказ, применительно к смыслу этой пословицы.

Эксперимент протекает в форме беседы и активная роль экспериментатора очень велика, так как путем различных вопросов он может проверить правильность и глубину охвата больным переносного значения и выявить те затруднения, которые у него имеются. Поэтому вопросы испытуемому нужно ставить осторожно.

Наиболее грубым нарушением мышления в данном случае является полное непонимание переносного смысла, буквальное толкование пословицы или метафоры.

Однако не всегда правильное или ложное толкование пословиц свидетельствует о доступном для испытуемого уровне обобщения. Некоторые из пословиц могут оказаться настолько привычными для испытуемого, что правильное объяснение означает в таких случаях лишь наличие знания смысла этих пословиц и не свидетельствует о том, что в данном случае происходит процесс обобщения нового материала. Гораздо более показательной является методика, требующая отнесения фраз к пословицам.

ВАРИАНТ Б. ОТНЕСЕНИЕ ФРАЗ К ПОСЛОВИЦАМ

Испытуемому дается таблица, на которой написан текст некоторых пословиц, и карточки, на которых написаны фразы; часть этих фраз ничего общего по смыслу с пословицами не имеет, но в них включены слова, упоминающиеся в пословицах. Испытуемому предлагается разложить фразы и пословицы по смыслу таким образом, чтобы к каждой пословице была отнесена лишь одна фраза. Таких пословиц и фраз имеется по степени их трудности несколько серий. Приведем для иллюстрации первую, наиболее легкую из них.

Пословицы. 1. Шила в мешке не утаишь.

2. Куй железо, пока горячо.

3. Не все то золото, что блестит.

4. С миру по нитке — голому рубашка.

5. Взавшись за гуж, не говори, что не дюж.

Фразы.

1. Золото тяжелее железа.

2. Сапожник чинил шилом сапоги.

3. Не все то хорошо, что кажется нам хорошим.

4. Если уж поехал куда-нибудь, то возвращаться поздно.

5. Кузнец работал сегодня целый день.

6. Коллективными усилиями легко справиться с любыми трудностями.

7. Правду скрыть невозможно.

8. Не откладывай дела в долгий ящик.

Этот вариант рассматриваемой методики обладает по сравнению с вариантом А (толкование пословиц) своими особенностями. Понимание переносного смысла пословицы здесь облегчается тем, что даже если испытуемый только смутно понимает смысл, то фраза, которая ему предъявляется, должна действовать как подсказка. Зато здесь имеется трудность другого рода: создается широкая возможность соскальзывания на приблизительный смысл, ибо некоторые одинаковые слова в фразах и пословицах легко «провоцируют» некритическое сближение в тех случаях, когда нет полной ясности в понимании переносного значения. Трудность переносится, таким образом, в другую плоскость и заключается не в самой возможности понять абстракцию, а в необходимости от тормозить то, что не соответствует смыслу пословиц. Сопоставление обоих вариантов позволяет, следовательно, выявить не только возможность абстрагирования, но также уровень и стойкость этой операции.

Исследованию понимания переносных значений посвящен ряд работ как отечественных, так и зарубежных авторов. Так, работами Ж. Пиаже, Л. С. Выготского показана взаимосвязь между пониманием переносных значений и уровнем образования понятий.

Затруднения в понимании переносного смысла предложений зависят не только от снижения уровня обобщения, но и от других факторов (неадекватного отношения больного к поставленной перед ним задаче, измененной динамики мышления, от содержания знаний больного). Не останавливаясь на всех этих факторах — о них будет идти речь в следующих главах, — мы хотим здесь указать, что больные, которые не могли выделить обобщенный признак в опыте на классификацию предметов, часто не могут передать переносного смысла пословиц. «Куй железо, пока горячо» означает, по мнению одного из больных, что «железо нельзя ковать, когда оно холодное». Другой больной заявляет: «Железной рука не бывает. Если речь идет о протезе — его делают из дерева, а не из железа». Другой больной при предъявлении пословицы «Не в свои сани не садись» говорит: «Зачем же в чужие сани садиться? Как же это? Нехорошо в чужие сани лезть!». Экспериментатор пытается объяснить, что эту пословицу можно применять и не в отношении саней. Больной не соглашается: «Как же это

случилось, чтобы в чужие сани сесть? Может быть, кто задумался и по рассеянности не в своих санях уехал?». Экспериментатор: «Ну, а если человек не за свое дело взялся, можно применить эту поговорку?». Больной: «Нет, нельзя, тут ведь сани, а там какое-то дело». Лишь с большим трудом удавалось в некоторых случаях объяснить больному переносный смысл; однако при предъявлении следующей поговорки такой больной опять пытался передать лишь ее конкретное содержание.

Снижение уровня обобщения выступает и при применении методики, которая направлена на исследование процесса опосредованности больных. Эта методика известна под названием *«метод пиктограмм»*.

Испытуемый должен запомнить 14 слов. Для лучшего запоминания он должен придумать и зарисовать на бумаге что-либо такое, что помогло бы в дальнейшем воспроизвести предложенные слова. Никаких записей или пометок буквами делать не разрешается. Испытуемые предупреждены, что качество их рисунка не имеет значения. Точно так же не учитывается и время выполнения этого задания.

Эта методика предложена впервые А. Р. Лурия для исследования опосредствованного запоминания при помощи рисунков. В дальнейшем она стала применяться с некоторыми вариациями для изучения мыслительных процессов. Опыт ставится таким образом, что для испытуемого центр тяжести всего задания лежит в запоминании слов и испытуемый предполагает, что исследуется его память, в то время как экспериментатор изучает в основном особенности его мышления.

Само задание создать условную связь при запоминании слова вызывает известные трудности уже потому, что не всегда представляется возможным полностью отразить в рисунке весь объем значения данного слова. В рисунке заключен момент условности, требующий известной свободы мыслительных операций.

Г. В. Биренбаум, исследовавшая при помощи этого метода нарушение понятий у душевнобольных, указывает на основную трудность интеллектуальной операции при выполнении задания по методике пиктограмм: круг значений слова шире, чем то, что можно обозначить рисунком. Вместе с тем и значение рисунка шире, чем смысл слова; значения рисунка и слова должны совпасть

лишь в какой-то своей части. Именно в этом умении уловить общее в рисунке и слове и заключается основной механизм активного образования условного значения. И хотя эта мыслительная операция при нормальном мышлении производится довольно легко даже подростками, при патологических изменениях мышления создание таких условных связей бывает затруднено.

Задание по методу пиктограмм может быть выполнено двумя способами. Первый из них заключается в том, что изображение представляет собой условное обозначение понятия, заключенного в слове. Например, для запоминания слова «развитие» можно нарисовать любую маленькую и большую фигуру (квадрат, круг), для слова «сомнение» — вопросительный знак. К такому приему легко прибегнуть, если испытуемые имеют достаточный образовательный уровень. При втором способе выполнения задания условно изображается понятие, менее общее по сравнению с заданным; первое должно служить как бы условным знаком для второго. Например, то же слово «развитие» может вызвать ассоциации с «развитием промышленности», «развитием умственным», «развитием физическим» и т. п. Изображение любого предмета, связанного с таким менее общим понятием (фабрики, книги, какого-нибудь спортивного снаряда), может играть роль знака, условно обозначающего понятие «развитие».

Таким образом, задание требует умения увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, а это возможно только тогда, когда испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, которые содержит заданное слово, когда он может отторгнуть все частные ассоциации, связанные с этим словом. Выполнение этого задания возможно при определенном уровне обобщения и отвлечения.

Этот эксперимент позволяет судить о степени обобщенности и содержательности образуемых испытуемым связей. Как правило, здоровые испытуемые даже с неполным средним образованием (V—VI классов) легко выполняют задание. Даже в тех случаях, когда оно вызывает известную трудность, достаточно привести пример того, как его можно выполнить, чтобы испытуемые правильно решили предложенную им задачу.

Сходным с изложенной выше методикой является

экспериментальный прием, который был предложен А. Н. Леонтьевым и известен в литературе как метод *опосредствованного запоминания* слов. Приведем описание одного из вариантов этой методики.

Испытуемому предлагается запомнить 15 слов. Для облегчения запоминания он должен подбирать к каждому называемому экспериментатором слову какую-нибудь подходящую к нему картинку (всего их лежит перед ним 30). Выбрав картинку, испытуемый должен объяснить, какую связь он установил между словом и предметом. После этого испытуемому показываются картинки, а он воспроизводит соответствующие слова.

Эта методика имеет по сравнению с предыдущей то преимущество, что эксперимент можно проводить и с испытуемыми с низким образовательным уровнем, не имеющими навыков рисования. Он позволяет также судить и о том, насколько полно и дифференцированно испытуемый воспроизводит материал, насколько адекватны образуемые связи.

Проблеме опосредствованности большое внимание уделял Л. С. Выготский. Подходя исторически к процессу развития психики и считая, что психические процессы человека развиваются из внешней деятельности, Л. С. Выготский неоднократно подчеркивал опосредствованный характер психических процессов. Возникающие на основе материального производства формы отношений людей друг к другу опосредствуют деятельность человека, формируют его психику. Указывая на ту роль, которую играет в психическом развитии употребление орудий, Л. С. Выготский придавал особое значение языку. Слово выступало для Л. С. Выготского явлением объективной действительности, возникающим в процессе общественной практики, которое используется вначале как форма общения и которое впоследствии становится средством организации собственных действий. Эта возможность опосредствования заключена в значении слов. Значение слов — это система связей и отношений общественного опыта, это всегда обобщение общественного опыта.

Овладевая в своем развитии значениями слов, человек обобщает объективные связи и отношения и овладевает своим поведением. Это обобщение происходит в процессе общения с другими людьми. Слово как сред-

ство общения и как средство обобщения образует в своем развитии единство.

Проведенные нами исследования показали, что у ряда больных этот эксперимент вызывал значительные трудности. Так, при необходимости найти рисунок для запоминания слова «развитие» больной К. говорит: «Какое развитие? Оно бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?». Этот же больной не может придумать рисунок для запоминания слов «тяжелая работа»: «Что вы называете тяжелой работой? Мне трудно было в школе задачи решать, а вам, вероятно, тяжело заниматься физическим трудом, вы слабая. Не понимаю, что нарисовать?».

Некоторые больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Так, при необходимости запомнить выражение «веселый праздник» больной говорит: «Что же нарисовать? Надо бы гармонь, пляску или можно еще накрытый стол, бутылочки бы надо, ну и еду. Как же это все изобразить? Я же не художник, да и художнику долго надо рисовать».

Исследуя больных с грубыми поражениями мозга, Г. В. Биренбаум отмечала в приведенной выше работе, что затруднения при выполнении этого задания столь велики, что иногда больные не могут остановиться на каком-нибудь конкретном определенном рисунке, так как ни один не передает достаточно полно и точно конкретное значение слова. Аналогичные факты наблюдались и у наших больных.

Приведем типичные примеры выполнения пиктограмм больными эпилепсией.

Больной А. *Веселый праздник*. Как же его изобразить? Ведь веселиться-то можно по-разному. Один любит в праздник в кино сходить — это для него веселье. Ну, другой — выпить... Это, конечно, нехорошо... Ну, немного со знакомыми, приятелями так... для другого веселье в том, что он погуляет в кругу своей семьи, с детками там, или в цирк с ними сходит. Как же это изобразить? Ну, а можно иначе подойти, с точки зрения общественной. Есть у нас всенародные праздники, для всех, ну, например, Первое мая. Демонстрацию изобразить, тогда надо много флагов (больной рисует флаг, но не удовлетворяется). Один флаг недостаточно, надо много флагов, толпу, но я не умею рисовать...

Больная М-ва. *Тяжелая работа.* Ну, уж это совсем нельзя изобразить, ведь мало что может быть тяжелой работой? Для одного математика тяжела. Я ее никогда не любила, она мне никогда не давалась. А другому литература не дается... А вот бывает, что слабому человеку физическая работа тяжела. Мало что может быть тяжело... Изобразу камни — камни ворочать тяжело. Хотя сейчас есть подъемные краны, ими можно подымать тяжести... Нет, камни не надо рисовать, лучше я молот изобразу, как в кузнице, но сейчас их нет, молотобойцев, это тоже сейчас при помощи технических приспособлений делается. Не знаю, доктор, как... Ну, пусть будет и камень, и молот.

Таким образом, сопоставление данных, полученных с помощью различных методов (классификация предметов, метод исключения, объяснение пословиц и метод пиктограмм), обнаружило у ряда больных (эпилепсией и у олигофренов) нарушения процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности.

Приведенные экспериментальные данные показывают, что больные не в состоянии выделить существенные свойства предметов, не могут раскрыть смысловые связи между ними.

Снижение уровня обобщения и стоящих за ними процессов анализа и синтеза означает, что сама проблемная ситуация, содержащаяся всегда в экспериментах, остается нераскрытой.

Общепризнано, что процесс мышления берет свое начало в проблемной ситуации. С. Л. Рубинштейн правильно указывает, что эта ситуация включает в себе элементы, которые не раскрыты. Ситуация становится проблемной именно потому, что входящие в нее элементы неадекватны тем соотношениям, в которых они в данный момент выступают. Сама проблемная ситуация должна подвергнуться анализу — только тогда встает перед человеком формулировка задачи.

Описываемые нами больные не могут проанализировать стоящую перед ними проблемную ситуацию; они рассуждают по поводу каждого элемента ситуации — теоретическая задача, которая от них требуется, не возникает. Мышление использует, применяет усвоенные зна-

ния и способы решения задачи, но этому использованию должен предшествовать анализ условий задачи: оно применяет новые способы, если старые недействительны. Описываемые нами больные крайне ограничены в своих возможностях; их измененное мышление отражает действительность неполно, несовершенно; они могут правильно действовать лишь в жестко predetermined условиях. Об этом писал в свое время еще А. А. Токарский. А. А. Токарский, в отличие от многих современных ему психологов школы Вундта, считал, что правильно мыслить — это значит увидеть изменившиеся условия, применить подходящий способ реагирования и уметь усомниться в правильности своих действий. В своей статье «О глупости», напечатанной в 1896 г., А. А. Токарский приводит пример снижения мышления (по его терминологии «глупость»). Дурак увидел пожар, стал плясать, его побили. Дома он получил от матери наставление и совет, что огонь надо заливать водой. Пошел он опять, видит — свинью палят. Он взял ведро и стал заливать огонь. Его опять побили.

Токарский разбирает этот случай: глупец усвоил наставление после первой неудачи, память у него не была нарушенной. Он сделал вывод: раз огонь — надо тушить. Но он потерпел неудачу, потому что он не сумел различить два момента — пожар и паление свиньи — и применил ко второму случаю то, что относилось к первому. Он, значит, говорит Токарский, уловил недостаточное количество признаков, значит, *недостаточно полно воспринял действительность*.

Основная характеристика глупости, по Токарскому, заключается в «несоответствии действия с требованиями действительности». Причину глупости видит Токарский в том, что у такого человека «психический процесс нарушен в своем основном источнике, из которого вытекает все наше психическое богатство, а именно в восприятии непосредственной действительности. Глупец воспринимает лишь малую часть действительности» (стр. 689). Токарский характеризует глупцов как людей, которые часто применяют шаблон не по назначению, которые не умеют искать новые связи, по-новому их применять и которые не сомневаются в своих суждениях.

Глупец «мало воспринимает из того, что происходит вокруг него, мало вспоминает из того, что воспринял и,

в конце концов, не может разобрать, к какому случаю относится его воспоминание. Главная черта его — «резкое несоответствие представлений и понятий с действительностью» (стр. 692).

По этим высказываниям Токарского видно, что он понимал мышление как деятельность, необходимо включающую анализ, синтез и обобщение. Ведь неумение различить два сходных по одному признаку случая и недостаточно полное восприятие условий ситуации, на которое указывает Токарский, — это и есть недостаточная аналитическая и синтетическая деятельность. Применение несоответствующего шаблона, т. е. неправильный перенос, означает неправильное обобщение.

В работах, посвященных психологии умственно отсталого ребенка, приводятся экспериментальные данные, указывающие, что умственно отсталый ребенок не в состоянии найти общее в многообразии единичных явлений. Уже в 30-х годах Л. С. Выготский и Ж. И. Шиф обнаружили, что умственно отсталый ребенок, усваивающий наглядные системы связей, не в состоянии систематизировать свой опыт на основе обобщения и отвлечения.

Резюмируя, можно сказать, что мыслительная деятельность подобных больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи. Указывая, что человеческое познание представляет собой переход от чувственного созерцания к абстрактному мышлению и от него к практике, В. И. Ленин подчеркивал, что акт обобщения представляет собой отход от конкретности. «Подход ума (человека) к отдельной вещи, снятие слепок (=понятия) с нее *не есть* простой, непосредственный, зеркально-мертвый акт, а сложный, раздвоенный, зигзагообразный, *включающий в себя* возможность отлета фантазии от жизни...»¹.

У наших больных этот «отлет» от единичных связей крайне затруднен. Полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей, который предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей, у больных нарушен.

¹ В. И. Ленин. Полн. собр. соч., т. 29, стр. 330.

ИСКАЖЕНИЕ ПРОЦЕССА ОБОБЩЕНИЯ

Нарушения системы отвлечения и обобщения могут принять другой характер, являясь как бы антиподом только что описанных.

Если суждения описанных выше больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, о которых сейчас будет идти речь, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме. Их суждения отражают лишь случайную сторону явлений, а не существенные отношения между предметами.

При решении экспериментальных заданий актуализируются случайные ассоциации, оторванные от конкретного опыта больного. Связи, которыми оперирует больной, не отражают ни содержания явлений, ни смысловых отношений между ними. Так, например, выполняя задание «классификация предметов», больные руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Например, больной М. объединяет вилку, стол и лопату по принципу «твердости»; гриб, лошадь и карандаш он относит в одну группу по «принципу связи органического с неорганическим».

Подобные нарушения мыслительной деятельности мы обозначаем как искажение процесса обобщения. Они встречаются чаще всего у больных шизофренией (67,1%) обследованных нами, главным образом при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни, но могут наблюдаться и при других формах заболевания.

Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, обыденным явлениям подходить с «теоретических позиций». В беседе они способны затронуть вопросы общего характера, но часто не в состоянии ответить просто на конкретный вопрос. Так, например, говоря о шкафе, один такой больной называет его «ограниченной частью пространства»; рассказывая о товарище, которого он характеризовал как доброго человека, замечает: «Что такое добро и зло? Это определение относительно, положительное и отрицательное, как вопрос об электронах и вселенной. Плохое — это качественная сторона, значит, надо хорошую. Но плохое может сойти за хорошее, противоположности не бывает».

В табл. 2 приведены наиболее показательные примеры того, как подобные больные выполняют задание на классификацию. Они проводят ее либо на основании столь общих признаков и свойств (твердость, движение), что выходят за пределы содержательной стороны явлений, либо на основании чисто внешних, несущественных признаков (отверстие).

Таблица 2

Примеры выполнения задания «классификация предметов» по типу формальных, бессодержательных связей

Предметы, объединенные в одну группу	Больные	Объяснение
Шкаф, кастрюля	М. (шизофрения, параноидная форма)	У обоих предметов есть отверстие
Автомобиль, ложка телега	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	По принципу движения. Ложку тоже двигают ко рту
Жук, лопата	Г-н (шизофрения, параноидная форма)	Лопатой роют землю, жук тоже роется в земле
Цветок, ложка, лопата	Д-н (шизофрения)	Это все предметы вытянутые в длину
Гусь, поросенок	К-в (психопатия)	Гусь свинье не товарищ
Лопата, лошадь	Э-н (шизофрения, параноидная форма)	Начинается на букву «л»
Часы, велосипед	М. (шизофрения)	Часы измеряют время, а когда едут на велосипеде, измеряется пространство

Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений больных определенной категории выступает при выполнении задания на составление пиктограммы. Так, один из больных рисует для запоминания слов «теплый ветер» два треугольника, для запоминания выражения «веселый ужин» — два кружка. Другой больной этой группы для запоминания слова «сомнение» изображает сома, для слова «разлука» — лук.

Если для больных со сниженным уровнем обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова, то описываемые нами боль-

ные выполняют это задание с большой легкостью, они могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Условность рисунка становится столь широкой и беспредметной, что он не отражает реального содержания слова, запоминание которого он должен опосредовать; больные могут не задумываясь предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

В табл. 3 приведены наиболее типичные образцы выполнения этого задания по типу бессодержательных, формальных связей. Не менее резко подобное нарушение мышления проявляется в опыте на определение и сравнение понятий.

В табл. 4 и 5 приведены примеры выполнения этих заданий больными шизофренией.

Таблица 3

Примеры выполнения пиктограмм по типу формальных, бессодержательных связей

Слова, предложенные для запоминания	Больные	Рисунки и объяснения
Развитие Развитие	М-в (шизофрения) Од-ов (шизофрения)	Две стрелки Веревка. «Она может развиваться»
Разлука Сомнение Сомнение	М-в (шизофрения) Э-н (шизофрения) Сим-в (шизофрения)	Лук. «Начинается на «л» Рыба «Сом» Ком глины. «У Глинки есть романс «Сомнение». Пусть будет глина»!
Девочке холодно	Р-в (шизофрения)	Два квадрата. «Два слова вы сказали»
Девочке холодно	К-в (шизофрения)	Точки и треугольник. «Означает снег... Пусть треугольник будет девочка»
Печаль	Л-на (шизофрения)	Печка. «Начинается на «п»

Таким образом, при выполнении экспериментальных заданий больные сближают любые отношения между предметами и явлениями, даже если они не адекватны конкретным жизненным фактам. Реальные же различия и сходства между предметами не принимаются больными во внимание, не служат контролем и проверкой их суждений и действий. Логика течения мыслей не контролируется практикой. Интересно отметить, что у подобных

Таблица 4

Примеры определения понятий больными с искажением
процесса обобщения

Слова, предложенные для определения	Больные	Определения
Часы	О-в (шизофрения)	Механический предмет, вид предметности или объект логики
Часы	З-на (шизофрения)	Это измерительный по отношению к определенному свойству материи, как это в философии называется? Атрибут, что ли?
Шкаф	М-в (шизофрения)	Это вещь, относящаяся к неживой природе; она имеет прикладное значение для сохранения других материальных частей

Таблица 5

Примеры сравнения понятий больными с искажением
процесса обобщения

Слова, предложенные для сравнения	Больные	Высказывания больных
Дождь и снег	А-в (шизофрения)	Предметы влажности, отличаются перемещением некоторых веществ в отношении окружающей земли
Река и озеро	» »	Река — длинная. Озеро — вроде эллипса, иногда это круг. Это с точки зрения геометрии
Сани и телега	» »	Оба эти слова с точки зрения грамматики являются существительными, но сами не бывают в единственном числе

больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его: произносимые больными слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными не оттормаживаются. Выполнив в реальном действии задание правильно, больные нелепо рассуждают по поводу него.

О нарушениях мышления у больных шизофренией писал Л. С. Выготский. Он высказал предположение, что

у них имеет место распад функции образования понятий — последние снижаются до уровня комплексов, т. е. конкретных смыслообразований, — и что в основе этого лежит изменение значения слов.

Соглашаясь с Л. С. Выготским в том, что у больных шизофренией часто может обнаруживаться изменение значения слов, мы не можем согласиться, что в этих случаях речь идет о снижении понятийного уровня больных до уровня комплексных решений (в понимании Л. С. Выготского комплексное решение означает обобщение явлений на основании конкретных связей, конкретных представлений). Как показали наши эксперименты, это имеет место лишь у весьма ограниченной части больных шизофренией. В большинстве случаев их мышление оказывается нарушенным не потому, что они оперируют конкретными связями, а, наоборот, потому, что в их суждениях доминируют, как мы говорили выше, связи, неадекватные конкретным жизненным отношениям. Даже в тех случаях, когда их суждения конкретны, они не отражают истинные реальные отношения между явлениями или предметами, а скорее означают сближение, сгущение их отдельных случайных сторон и свойств. Это сближение происходит не из-за нарушения понятийного уровня, а потому, что у больных утрачивается направленность на объективное содержание явлений и предметов. Поэтому их мышление кажется необычным, «вычурным». Подобную «необычность» мышления больных шизофренией описывают многие авторы. Одни из них, как Н. Камерон, Д. Чепмен, Р. Пейн пытаются объяснить изменения мышления больных шизофренией тем, что больные используют широкий круг свойств предметов, не относящихся к информации о них. Другие, как Т. Векович, Ю. Ф. Поляков, Т. К. Мелешко, говорят о том, что нарушение мышления больных шизофренией связано с тем, что у них актуализируются малозначимые в прошлом опыте знания. Особенно интересны в этом направлении работы Ю. Ф. Полякова, Т. К. Мелешко, которые разработали серию методик (видоизмененные варианты метода исключений, сравнения понятий) для исследования мышления больных шизофренией. Они показали, что больные используют при сравнении понятий в 2,5 раза больше, чем здоровые, нестандартные свойства предметов. Таким образом, исследования многих авторов приво-

дят к выводу о том, что нарушается избирательность информации, что приводит к расширению круга латентных малозначимых информаций.

Кроме того, исследования приводят к высказанному выше положению о том, что мышление больных шизофренией (при искажении процесса обобщения) не отражает реальные соотношения предметов и явлений. Анализ этого вида патологии мышления может быть дан, если подойти к мышлению как деятельности мотивированной, в структуру которой включен и личностный компонент.

Только подвергнув анализу нарушения этого компонента мыслительной деятельности, можно в той или иной мере подойти к раскрытию многих форм патологии мышления.

2. НАРУШЕНИЕ ДИНАМИКИ МЫСЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Признание рефлексорной природы психического означает признание его как процесса. Еще И. М. Сеченов писал, что «мысль о психическом акте как процессе, движении, имеющем определенные начало, течение и конец, должна быть удержана как основная» (стр. 252).

Мы не можем в достаточной мере проанализировать внутренние закономерности мышления, исследовать структуру мыслительных операций, с помощью которых происходит отражение объективных свойств предмета, если мы не проанализируем процессуальной стороны мыслительной деятельности. Использование обобщенных способов решения задач, актуализация адекватных знаний о предметах, требует не только сохранности интеллектуальных операций, но и динамики мышления. С. Л. Рубинштейн подчеркивал неоднократно, что свести мышление к операционной стороне и не учитывать его процессуальную сторону, означает устранить само мышление.

Определение мышления как процесса применимо не только к общей теоретической характеристике мышления, но и к каждой отдельной мысли человека. Даже элементарные психические акты человека, такие, как ощущение и восприятие, являются процессами в том смысле, что они протекают во времени, обладают неко-

торой изменчивой динамикой, осуществляются как активная деятельность человека. Открытие рефлекторной основы всех этих, даже элементарных, актов особенно ярко обнаружило их процессуальную структуру. В каждом акте мышления человека она выражена в максимальной степени.

Для успешного выполнения интеллектуального акта необходимо выделять адекватные системы связей, отбрасывать побочные, оценивать каждую мыслительную операцию по ходу ее выполнения.

Особенности выполнения такой сложной, многоэтапной по своей структуре деятельности составляют ее динамическую характеристику.

Одной из особенностей мышления как высшей ступени познания является его опосредствованность. Конечно, осуществление этой опосредствованности обеспечивается правильной структурой понятий. Познание фактов, скрытых от непосредственного восприятия, возможно тогда, когда человек способен проанализировать, обобщить воспринимаемые факты. Однако осуществление этого опосредствования, этого перехода от одних суждений к другим связано также с наличием более или менее длинной цепи умозаключений. Именно цепь умозаключений, переходящая в рассуждение, является истинным проявлением мышления как процесса. Поэтому при исследовании мышления, его формирования и распада недостаточно ограничиваться одним только анализом образования и распада понятий, одной только характеристикой интеллектуальных операций. Наши исследования показывают, что нарушение процесса обобщения является хотя и типичным, но не единственным вариантом нарушений мышления. Больше того, наиболее часто встречающиеся нарушения мышления не сводятся к распаду понятий; болезненные состояния мозга приводят чаще всего к динамическим нарушениям мышления.

Нарушению динамики мышления посвящено мало работ. Хотя во многих психиатрических исследованиях говорится о динамическом характере некоторых нарушений мышления, однако под этим подразумевается их обратимость.

В главе, посвященной нарушению умственной работоспособности, мы описали непоследовательность суждений больных. Было указано, что у ряда больных (напри-

мер, больных с сосудистыми заболеваниями мозга) колебания умственной работоспособности приводили к неправильным решениям задач. Колебания эти зависели не от сложности выполняемой задачи, а от истощаемости корковой нейродинамики больных.

Эти нарушения мыслительной деятельности можно определить как непоследовательность суждений.

НЕПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СУЖДЕНИЙ

Характерная особенность этого нарушения заключалась в неустойчивости способа выполнения задания. Уровень обобщения больных в основном не был снижен; больные правильно обобщали материал, операции сравнения, переноса не были нарушены. Однако адекватный характер суждений больных, как мы говорили выше, не был устойчивым.

Остановимся несколько подробнее на способах действия этих больных при выполнении ими задания классификации предметов. Больные легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям решения, начинают раскладывать карточки по обобщенному признаку, но спустя некоторое время оставляют правильный путь решения. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных, случайных сочетаний. Эти колебания носили различный характер.

1. Очень часто наблюдались чередования обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний. Приведем несколько примеров.

Больной М-в (закрытая травма головного мозга), который начал раскладывать карточки по обобщенным признакам, образуя группы растений, животных, вдруг начинает сомневаться, куда отнести мухомор: «Он же вредный, отнесу-ка в сторону». Точно так же он не знает, куда отнести жука: «Положу его к книге и тетради, его же изучают в школе». После того как экспериментатор попросил больного работать внимательнее, он несколько растерянно сказал: «Подождите. Да, у меня есть здесь посуда, мебель, растительный мир... Конечно, к нему принадлежит и гриб, безотносительно к тому, вреден он или нет; а жука положу к животному миру». В конце

концов у больного получаются следующие группы: люди, животные, растения, посуда, мебель, школьные принадлежности, предметы домашнего обихода. Экспериментатор просит объединить некоторые группы. Больной: «Людей с животными, да? Растения... Ну, а дальше как? Ведь остальное не объединишь: как же соединить домашнюю утварь с канцелярскими предметами, а?» Больной заметно устает, наступает легкий тремор рук, потливость. Экспериментатор начинает беседу на тему, не относящуюся к эксперименту. Спустя 5 мин. больной по просьбе экспериментатора возвращается к работе и тут же самостоятельно правильно и обобщенно ее выполняет.

Больная Ш. (артериосклероз головного мозга), правильно выделив группу инструментов, кладет туда же кузнеца, «так как он нарисован с молотом в руке и вообще он работает, пользуясь разными инструментами». (Следует отметить, что больная выделила до того группу людей.) На вопрос экспериментатора: «А что у вас в этой группе?» — больная отвечает: «Здесь люди» — и тут же самостоятельно перекладывает кузнеца в группу людей.

Приведенные примеры показывают, что в этих случаях колебания умственной деятельности больных проявлялись в чередовании обобщенных и ситуационных решений. Выполнение заданий на уровне обобщенных решений не являлось стойким модусом работы больных.

2. Ошибки больных состояли также в том, что логические связи подменялись случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания по классификации предметов нарушалось тем, что больные объединяли объекты в одну группу. Они нередко замечали свои ошибки и сами исправляли их.

3. Ошибочные решения больных проявляются в образовании одноименных групп: больные часто выделяют предметы по правильному общему признаку, но тут же начинают выделять почти аналогичную группу. Так, начинают выделять почти аналогичную группу. Так, например, больной мог выделить группу людей, в которую входили врач, ребенок, уборщица и тут же выделял еще одну аналогичную группу, куда входил моряк, лыжник и т. п.

Таким образом, сопоставление результатов экспериментов, проведенных по различным методикам (классификация предметов, исключение объектов, установление аналогии отношений), обнаружило неустойчивость адекватного способа выполнения заданий.

У некоторых больных неустойчивость способов выполнения работы достигает чрезвычайно утрированной формы: больной не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном раньше направлении; но он начинает реагировать на любой раздражитель, к нему не адресованный; так, услышав, как другой больной говорит, что сегодня ему на завтрак давали колбасу, больной, передававший рассказ о том, как галка, перекрасившись, полетела в голубятню, говорит: «И голуби ее угостили колбасой».

С особой отчетливостью феномен «откликаемости» обнаружился в ассоциативном эксперименте. В качестве ответных реакций часто выступали названия предметов, находившихся перед глазами больных («вплетения»): при предъявлении слова «пение» больной отвечает словом «стол», на слово «колесо» — словом «очки» и т. п. Подобная тенденция наблюдалась иногда и у больных других групп, однако было достаточно указания экспериментатора, чтобы больные начинали правильно выполнять инструкцию. У наших же больных указание экспериментатора вызывало правильные реакции лишь на короткое время; спустя небольшой промежуток времени больные опять называли предметы, попадавшие в поле их зрения.

Эта тенденция выступала также и в том варианте ассоциативного эксперимента, где инструкция предусматривала особую направленность ответов, в частности, где требовалось назвать определенное количество предметов определенного цвета (красного, зеленого). Эта задача может вызвать известные затруднения и у здоровых испытуемых: она предполагает активное «отбрасывание» тех слов, которые не соответствуют смыслу инструкции. В этих случаях испытуемые прибегают к различным приемам, которые должны облегчить припоминание необходимых слов (например, оглядываются вокруг себя, смотрят на окружающие предметы), но они не пользуются ими для ответа, если слова не соответствуют инструкции. Инструкция экспериментатора приобретает зна-

чение определяющего раздражителя; ответы здорового человека в ситуации эксперимента зависят от условий задания, от требования экспериментатора.

Наши же больные в этом эксперименте временами называли находившиеся перед ними предметы, хотя они отнюдь не были окрашены в требуемые цвета. Инструкция экспериментатора вызывала целенаправленные действия лишь на какой-то отрезок времени. Зависимость направленности ассоциаций наших больных от условий задания была чрезвычайно нестойкой. Любой объект, любая случайно услышанная фраза могли вызывать реакцию больных, неадекватную содержанию их деятельности, искажающую ход их суждений. Ряд нелепых мыслей и поступков больных был обусловлен подобной «откликаемостью».

Возможно, что в тесной связи с «откликаемостью» стояла и своеобразная колеблющаяся дезориентировка наших больных. Так, один из них сказал, что находится в ресторане, и тут же заявил, что здесь часовая мастерская. Оказалось, что в это время мастер исправлял часы. Спустя 5 мин. этот же больной правильно заявил, что он в больнице.

Можно предположить, что патологическое оживление ориентировочных реакций нарушает у этих больных стойкую систему образовавшихся адекватных связей; суждения больных подчиняются течению случайных ассоциаций. Каждый новый раздражитель разрушает целенаправленный характер суждений.

Таким образом, экспериментально-психологические исследования больных с разными формами заболевания подтвердили положение о том, что истощаемость играет важную роль в генезе нарушений мыслительной деятельности больных с органическим поражением головного мозга.

Вместе с тем они показали, что динамические нарушения мышления являются не только проявлением истощаемости, что природа их значительно сложнее, а варианты — значительно пестрее. В основе некоторых из них лежит патологически измененная подвижность нервных процессов. Остановимся лишь на некоторых из них, часто встречающихся в клинике: на так называемых «скачках идей» маниакального больного и на «вязкости мышления» эпилептика.

ЛАБИЛЬНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ

Распространенным в психиатрии термином «скачка идей» обозначается повышенная лабильность мышления, наблюдающаяся у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни.

Маниакальное состояние характеризуется повышенным настроением и самочувствием, психомоторным возбуждением больных. Больные беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь живой, экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Они чрезвычайно отвлекаемы. Каждое новое впечатление, сказанное слово, воспринятый предмет направляют их мысли и представления, которые так быстро сменяют друг друга, что больные не могут регистрировать их в своей речи. Больные не успевают закончить одну мысль, как уже переходят к другой; иногда они выкрикивают лишь отдельные слова. Характерно, что, несмотря на чрезвычайную отвлекаемость и разбросанность внимания, больные в маниакальном состоянии живо наблюдают за происходящим вокруг них, часто поражая своей сообразительностью и тонкостью отдельных замечаний.

Как правило, экспериментировать с больными в маниакальном состоянии не представляется возможным из-за резко выраженной отвлекаемости больных, исключаяющей их фиксацию на экспериментальной ситуации. Экспериментальному обследованию больные поддаются только в разных степенях гипоманиакального состояния, при котором можно отметить некоторые патологические изменения их мыслительной деятельности.

Осмысление ситуации, возможность анализа и синтеза у этих больных часто не нарушены, однако при выполнении любого экспериментального задания выступает большая поверхностность их суждений. Больные мало задумываются над вопросом, адресованным к ним, не вникают в смысл задания. Так, например, при сравнении понятий они часто отмечают их сходство и различие по внешним признакам. На вопрос, в чем общность и различие между понятиями «стол» и «стул», один из больных (со средним образованием) отвечает: «У них общее то, что у стола и у стула 4 ножки, разница — у стула спинка есть, у стола нет». Этот же больной дает правильный и обобщенный ответ, если удастся направить его на

решение задачи. При раскладывании картинок в последовательном порядке больные такого типа сразу же осмысливают их сюжет, но вместе с тем допускают ошибки, раскладывая картинки в любом порядке. При отнесении фраз к пословицам гипоманиакальные больные часто выбирают фразы по сходству слов, а не по смыслу, хотя по существу эта интеллектуальная операция вполне им доступна. Если обратить внимание больных на неправильность ответов, они легко исправляют ошибки.

Но не только известная поверхностность суждений характеризует мыслительную деятельность больных в гипоманиакальном состоянии. Возникающие ассоциации носят хаотичный случайный характер и не оттормаживаются. Отдельные слова вызывают новые мысли, которые больные тут же высказывают; любое возникающее представление, любое эмоциональное переживание получает свое отражение в речи больных. Если это нарушение выражено очень резко, то больные сосредоточиваются на экспериментальном задании лишь на короткие промежутки времени. Прекрасно понимая смысл пословицы, больные не могут ее объяснить. Нередко какое-нибудь слово пословицы вызывает «цепочку» ассоциаций; иногда больные, не объяснив пословицы, приводят подходящий пример из своей жизни; последний напоминает им еще что-нибудь сходное, и мысль больных протекает в случайных направлениях. Например, больной в гипоманиакальном состоянии объяснил пословицу «Не все то золото, что блестит» следующим образом: «Золото — это прекрасные золотые часы подарил мне брат, он у меня очень хороший. Когда мы вместе учились, мы ссорились, но потом жили мирно. Брат очень любил театр, мы видели с ним пьесу...» и т. д. Хаотичный характер ассоциаций помешал правильному объяснению пословицы, слово «золото» сразу повело к целой цепи воспоминаний. Но возможны и другие варианты, когда больные в своем объяснении опускают какое-нибудь звено. Так, например, другая больная сразу поняла смысл этой пословицы и в качестве примера, как потом удалось выяснить, хотела привести случай, когда яблоко, на вид хорошее, внутри оказалось гнилым. Однако больная этого случая не рассказала, а сразу начала говорить: «Яблоки, конечно, бывают червивые. Вот, например, бывают такие сорта яблок, когда никогда этого не

подумаешь... У нашей соседки мичуринские яблоки. Конечно, развитие мичуринского учения имеет большое значение...». Далее следуют разные воспоминания о знакомых мичуринцах и т. д.

Нарушение логического хода мышления подобного рода больных выступает и при выполнении экспериментальной пробы на классификацию предметов. Больные сразу понимают инструкцию, начинают правильно сортировать картинки на группы, часто по довольно обобщенному признаку, но любая возникшая ассоциация направляет ход их мышления в иное русло. Так, один из больных, образовав группу животных, выделив группу людей, т. е. выполняя задание на уровне правильных обобщений, вдруг, увидев кузнеца, стал декламировать: «Мы кузнецы и друг нам — молот... Люблю... старые революционные песни... Песня — наш друг. А есть здесь среди карточек напоминающие песню, искусство вообще? Да, картинки неважно нарисованы; кто вам их рисовал, художник? От слова «худо»». Больной смеется, держит в руках картинку и не выполняет задание. Когда экспериментатор просит его обратиться к заданию, больной продолжает сортировать картинки, но уже не возвращается к прежнему принципу решения, а исходит из новых возникших у него ассоциаций: «Куда мне девать кузнеца, ведь здесь нет кузницы?» Увидев лошадь, больной говорит: «Пусть подковывает ее». Экспериментатор: «Вы же начали иначе раскладывать». Больной отвечает: «Да, я хотел людей отделить от животных» — и продолжает раскладывать по обобщенному признаку.

Больному был доступен смысл задания, больше того, он мог выполнить его на обобщенном уровне, но любой раздражитель (слово, произнесенное им самим или экспериментатором, наглядный раздражитель и т. п.) вызывал любые ассоциации и часто уводил от непосредственного задания. Неадекватным оказывалось само течение умственной деятельности. При направляющей помощи экспериментатора интеллектуальная продукция больного часто могла быть даже адекватна поставленной цели (в конце концов больные правильно рассортировывали карточки или определяли понятия), но весь ход рассуждений, тот путь, по которому самостоятельно шел больной, выполняя задание, оставался неадекватным, неправильным.

ИНЕРТНОСТЬ МЫШЛЕНИЯ

Антиподом описанного нарушения является тот тип нарушений мыслительной деятельности, который известен в клинике как «вязкость» мышления. В основе его лежит инертность связей прошлого опыта. В этих случаях больные не могут менять способа своей работы, изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой.

Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией и у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга.

Эти больные иногда в состоянии работать, но делают это с частыми срывами, теряют прежнюю квалификацию и выполняют работу, не требующую приобретения и использования новых знаний. В психоневрологическую больницу они поступают в связи с декомпенсацией состояния. В историях болезни отмечается, что больные принимают участие в трудовых процессах, читают газеты, проявляют часто интерес к жизни отделения; вместе с тем качество их умственной продукции невысоко, темп работы замедлен.

Экспериментально-психологическое исследование обнаруживает замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов больных этой подгруппы. Даже в тех случаях, когда они могут обобщить материал, выделить основной признак в опыте на классификацию предметов, понять условность инструкции, они допускают ошибочные решения, если им необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Изменение условий затрудняет их работу.

Эта тугоподвижность мыслительного процесса приводила в конечном счете к тому, что больные не справлялись даже с элементарными заданиями, если последние требовали переключения. Так, например, один больной в опыте, где ему надо было опосредовать свой процесс запоминания и воспроизведения слов с помощью рисунка (составление пиктограмм) мог придумать условные обозначения для опосредствования слов, если он мог нарисовать «человека», и не мог этого сделать в тех случаях, когда ему казалось неудобным рисовать человека.

Плохую переключаемость обнаруживают больные и в опыте на опосредствованное запоминание по методу

А. И. Леонова. Выбрав для запоминания слова какую-нибудь карточку, больные не в состоянии подобрать для этого слова другую. Следовательно, решение задачи доступно больным, если оно выполняется только одним определенным способом.

Непереклюцаемость больных выступала даже в эксперименте на классификацию цветных картинок — в решении задачи, которая не требует сколько-нибудь сложного анализа и синтеза. Больные оказывались не в состоянии переключиться с выделенного ими признака на другой: объединяя картинки по признаку цвета, они не могут обобщить их по признаку формы.

Этот вид нарушения, который можно квалифицировать как инертность связей прежнего опыта и который является нарушением динамики мыслительной деятельности, в результате приводит к снижению операции обобщения и отвлечения. Выполняя задачу «классификации объектов», больные не только не объединяют в одну группу диких и домашних животных, но каждое из домашних животных выступает для них как единичный экземпляр. В результате само задание классификации не выполняется даже на конкретном уровне. Процесс сортировки, классификации, требующий отторгивания одних элементов, сопоставления с другими, т. е. известной гибкости оперирования, переключения, для них недоступен. Так, один больной выделяет много мелких групп по конкретному, но все же обобщенному признаку: домашние животные, дикие звери, обстановка (мебель), транспорт. Из карточек с изображением людей больной образует две группы: людей, занятых физическим трудом и трудом умственным (к последним относит и лыжника).

Экспериментатор предлагает объединить некоторые группы, например домашних и диких животных, людей разных профессий. Больной соглашается, начинает заново сортировать картинки и, придя к прежнему способу, отстаивает его: «Пусть будет так». Больной, следовательно, понимает принцип классификации, предложенный экспериментатором, начинает даже действовать в указанном направлении, но не может переключиться на другой способ работы.

Такая же трудность переключения обнаруживается и в эксперименте по методу исключений объекта. Так, один больной при предъявлении карточки, на которой изобра-

жены стол, стул, диван и настольная лампа, заявляет: «Конечно, все это мебель, это точно, а лампа не мебель. Но ведь на столе должна стоять лампа, если дело происходит вечером или хотя бы в сумерки... Ну, зимою рано темнеет, а тогда лучше удалить диван... Ежели есть стул — можно без дивана обойтись». На замечание экспериментатора: «Ведь вы же сказали сами, что лампа не мебель» — больной отвечает: «Конечно, правильно, надо выделить мебель, но лампа-то настольная, она на столе стоит. Я бы предложил выделить диванчик». Несмотря на то что сам больной не только понял, но и указал на принцип обобщения (мебель), он в реальном действии — сортировке предметов — снова и снова возвращался к выделенному им свойству: «Лампа настольная, она должна стоять на столе». Больной не может переключиться с принятого им решения.

Конкретные связи прежнего опыта инертно доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений.

Из-за подобной инертности связей прежнего опыта больные часто не упускают при выполнении задания ни одной детали, ни одного свойства предметов и в результате не приходят даже к элементарному обобщению. Из этого стремления к уточнению, из желания исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений и возникает то своеобразное эпилептическое резонерство, проявляющееся в обстоятельности, излишней детализации, которое обозначается в клинике как «вязкость» мышления.

Особенно четко обнаруживается подобная инертность связей прежнего опыта при выполнении задания, которое требует более развернутого объяснения, — при определении понятий.

Для иллюстрации приведем два типичных определения простых понятий.

Больной Б-н (эпилепсия). Шкаф. «Это предмет, в котором хранится что-то... Но в буфете тоже хранят посуду, еду, а в шкафу — платье, хотя и в шкафу часто хранят еду. Если комната маленькая и в ней буфет не помещается или если просто-таки нет буфета, то в шкафу хранят и посуду. Вот у нас стоит шкаф; справа — большое пустое пространство, а налево — 4 полки; там и посуда и еда. Это, конечно, некультурно, часто хлеб

пахнет нафталином — это от моли порошок. Опять же бывают шкафы книжные, они не столь глубоки. Полки их уже, полок много. Теперь шкафы вмуровывают в стены, но все равно это — шкаф».

Приведенные иллюстрации показывают, что больные начинали правильно определять понятие «шкаф» или «стол», но тут же приводили всевозможные отклонения от своих определений, уточняли возможные их варианты, и в результате всех этих уточнений и описаний больные так и не могли остановиться на каком-нибудь одном четком определении. Сами больные оставались неудовлетворенными своими объяснениями, потому что они казались им недостаточно полными.

Инертность конкретных связей прежнего опыта выявляется и в ассоциативном эксперименте (с инструкцией отвечать любым словом, пришедшим на ум).

Полученные данные показывают, что латентный период довольно значителен и составляет в среднем 6,5 сек., у отдельных больных он временами достигал 20—30 сек.

Обращает на себя внимание большое число *запаздывающих реакций* (31,4%); больные отвечают не на предъявляемое слово-раздражитель, а на прежнее. Например, ответив на раздражитель «пение» словом «молчание», больной на следующий раздражитель «колесо» отвечает словом «тишина»; ответив на слово «обман» словом «вера», на следующий раздражитель «голова» больной реагирует словом «ложь». У некоторых больных «запаздывающие» реакции встречались в 7—8 случаях из 20 ответных реакций.

«Запаздывающие» ответы наших больных являются существенным отклонением от нормального протекания ассоциативного процесса. Они свидетельствуют о том, что следовой раздражитель имеет большее сигнальное значение, нежели актуальный. Для уточнения механизма этих особенностей следует обратиться к анализу построения ассоциативного эксперимента.

Слово, которым испытуемый реагирует на раздражитель, не является единственной возникающей у него ассоциацией. Однако реагирование лишь одним словом объясняется тем, что инструкция экспериментатора, т. е. задание, предусматривает лишь одно и притом первое пришедшее на ум слово. Остальные возникшие при этом

связи затормаживаются. Предъявление другого слова-раздражителя вызывает новые ассоциации, иначе говоря, ответная реакция больного обусловлена всякий раз актуальным раздражителем. Актуальность же раздражителя зависит от поставленной задачи, от инструкции.

В работах советских психологов изучалась зависимость образования ассоциативных связей от условий и содержания деятельности. А. Н. Леонтьев и Т. Ф. Розанова показали, что при изменении смысла задания (инструкции) одни и те же раздражители вызывают различные ассоциативные связи. Закрепление и воспроизведение ассоциативных связей должно происходить именно в зависимости от поставленного задания.

В применении к нашей экспериментальной ситуации это должно означать, что только произнесенные в данный момент слова должны были вызывать ассоциативные связи, что только они должны были служить сигналом для ответной реакции. Ассоциации же, вызванные произнесенными ранее словами-раздражителями, не должны были актуализироваться: прежние раздражители должны были остаться нейтральными, утратить свое сигнальное значение.

У наших же больных действующий раздражитель не приобретает адекватного значения. В силу инертности нервных процессов больные отвечают на отзвучавшее слово-раздражитель.

Сопоставление данных наших экспериментов с клиническими наблюдениями позволяет думать, что в данном случае речь идет о нарушении подвижности корковой нейродинамики в сторону инертности. Ослабление подвижности нервных процессов в сторону инертности И. П. Павлов характеризует как невозможность «быстро по требованию внешних условий уступать место, давать преимущество одному раздражителю перед другим». Рассмотренная выше подверженность последствию раздражителя, «запаздывающие» реакции могут свидетельствовать именно о невозможности «поспевать» за вновь появляющимися раздражителями.

И. П. Павлов неоднократно указывал, что подвижность является одной из основных характеристик нейродинамики здоровой коры. Многие работы наших отечественных физиологов и психиатров посвящены этой проблеме. Так, например, С. Д. Каминский и В. И. Сав-

чук установили нарушение подвижности нервных процессов у больных гипертонической болезнью, Д. Е. Мелехов и В. М. Каменская—при травмах головного мозга; А. С. Ремезова и М. И. Середина — при эпилепсии.

В ситуации эксперимента, так же как и в любой жизненной ситуации, выступают все новые стороны предметов и явлений, меняются условия деятельности. Для того чтобы правильно познать эти различные отношения, чтобы правильно действовать согласно изменившимся условиям, человеку нужно уметь переходить от одного способа действия к другому, он не должен оперировать застывшими, автоматически действующими операциями или способами.

Полноценность мыслительной деятельности заключается не только в том, что человек в состоянии выполнить ту или иную мыслительную операцию, проанализировать и синтезировать материал, выделить существенное, но и в том, что эта способность к правильным операциям является устойчивым способом действия.

Мышление отражает адекватно объективную действительность, когда сохранна не только его операционная сторона, но и его динамика.

3. НАРУШЕНИЕ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОСТИ МЫШЛЕНИЯ

Мышление является сложной саморегулирующейся формой деятельности. Оно определяется целью, поставленной задачей. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение полученных результатов с условиями задачи и предполагаемым результатом. Для того чтобы этот акт сличения выполнялся, человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

Конечно, положение о том, что мышление является регулятором действий, не следует понимать так, будто мышление можно рассматривать как источник, как движущую силу поведения. Ф. Энгельс говорил: «Люди привыкли объяснять свои действия из своего мышления, вместо того, чтобы объяснять их из своих потребностей

(которые при этом, конечно, отражаются в голове, осознаются), и этим путем с течением времени возникло то идеалистическое мировоззрение, которое овладело умами в особенности со времени гибели античного мира»¹.

Следовательно, источником человеческого действия являются осознанные потребности, возникшие в результате общественно-трудовой деятельности человека. Потребность, осознанная человеком, выступает для него в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и разрешение данных задач, регулируется и корректируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия; для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно мотивированным.

Не существует мышления, оторванного от потребностей, стремлений, установок, чувств человека, т. е. от личности в целом. Об этом говорит С. Л. Рубинштейн в своей книге «О мышлении и путях его исследования»: «Вопрос о мотивах, о побуждениях анализа и синтеза мышления вообще... это по существу вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс» (стр. 87). С. Л. Рубинштейн постоянно подчеркивает, что процессуальная сторона мышления тесно связана с его личностной.

В мыслительной деятельности здорового человека (взрослого и ребенка) все эти факторы нераздельно слиты, и поэтому мы часто их не можем проанализировать. Исследование некоторых форм патологии позволяет это сделать.

Симптомы нарушений целенаправленности мышления и связь этой утери с изменением личности наблюдаются при разных формах душевных болезней. Уже при анализе того вида патологии мышления, который мы назвали «искажением уровня обобщения», мы можем по существу говорить о нарушении личностного компонента, входящего в строение данного вида измененного мышления. Мы уже говорили, что больные, у которых отмечалось подобное нарушение, опирались в своих суждениях на признаки и свойства предметов, не отражавшие реальные отношения между ними, мышление больных не бази-

¹ К. Маркс и Ф. Энгельс. Соч., т. 20, стр. 139.

ровалось на конкретных значимых свойствах предметов, оно отражало лишь чрезвычайно общие логические связи.

Особенно четко подобные нарушения выступали при некоторых экспериментальных пробах, требовавших выделения и отбора признаков, на основе которых возможен синтез и обобщение (например, при разных вариантах классификации объектов). Мы приводили способы классификации подобных больных, когда ложка могла быть объединена с автомобилем «по принципу движения», шкаф объединялся с кастрюлей, потому что у «обоих есть отверстия». Нередко предметы объединялись на основании их окраски, расположения в пространстве или стиля рисунка. Подобная повышенная облегченная актуализация формальных ассоциаций, неадекватных сближений была выявлена и другими исследователями. Так, Ю. Ф. Поляков и Т. К. Мелешко приводят пример, когда больной видит сходство между карандашом и ботинком в том, что «оба оставляют след». Описывая подобные явления, они объясняют их нарушением вероятностной оценки прошлого опыта. По их данным, случайные, маловероятные связи появляются у больных с такой же частотой, как и упроченные. Это положение правильно. Следует, однако, разобраться в том, что представляют собой в психологическом отношении понятия «существенные», «упроченные», «значимые» или, наоборот, случайные признаки или свойства предметов.

Значимым, существенным является для человека то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Не частота появления того или иного признака или свойства предмета делает его значимым или существенным, а та осмысленность, та роль, которую этот признак сыграл в жизни человека. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависит от того, какую роль они играли в деятельности человека, какой смысл оно приобрело для него. Явление, предмет, событие могут в разных жизненных условиях приобретать разный смысл, хотя знания о них остаются те же. А. Н. Леонтьев прямо указывает, что явление меняется со стороны «смысла для личности».

Вместе с тем значение вещей, совокупность наших знаний о них остаются устойчивыми. Несмотря на то что личностная направленность и содержание мотивов могут

оказаться различными, основная практическая деятельность формирует устойчивость предметного значения вещей.

Наше восприятие мира всегда включает в себя и смысловое отношение к нему и его предметно объективное значение. При известных обстоятельствах превалирует то одна, то другая сторона, но обе они слиты в гармоническом единстве.

Конечно, изменение эмоций, сильные аффекты могут и у здорового человека привести к тому, что предметы или их свойства начинают выступать в каком-то измененном значении. Однако в нейтральной ситуации, какой все же является экспериментальная, объекты выступают в своей однозначной характеристике. Посуда всегда выступает как посуда, а мебель — как мебель. При всех индивидуальных различиях — разнице в образовании, при всей разнородности мотивов, интересов — здоровый человек при необходимости классифицировать объекты подходит к ложке как «ложке», а не как «движущемуся предмету». Операция классификации может проводиться в более обобщенном плане (ложка и шкаф могут выступать в своей характеристике неодушевленных предметов), но предметное значение объекта, с которым человек совершает ту или иную операцию, остается устойчивым. Поэтому признаки, на основании которых проводится операция классификации, актуализирующиеся ассоциации носят в известной мере характер стандартности и базальности. У ряда наших больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей нарушалась.

Конечно, и у них вырабатывались общие с нашими знания о вещах и явлениях. Их представление о мире в основном совпадает с нашим. Применительно к выполняемой интеллектуальной задаче — классификация предметов — это означало, что и больные могли отнести (и они действительно относили) ложку к категории посуды или шкаф к мебели, но одновременно с этим ложка могла выступить и как объект «движения». Наряду с актуализацией обычных обусловленных всей прошлой жизнью свойств признаков, отношений между предметами и явлениями могли оживляться и неадекватные (с точки зрения наших представлений о мире) связи и отношения, которые приобретали смысл лишь благодаря измененным установкам и мотивам больных. То гармониче-

ское единство, в которое включалось значение вещи и смысловое отношение к нему, терялось благодаря изменению в сфере мотивов и установок. Еще более открыто выступало нарушение личностного компонента в том виде нарушений мышления, который мы охарактеризовали как «разноплановость мышления».

«РАЗНОПЛАНОВСТЬ» МЫШЛЕНИЯ

Нарушение целенаправленности мышления, обозначенное нами как «разноплановость», заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Больные могут правильно усваивать инструкцию. Они могут обобщить предлагаемый им материал; актуализируемые ими ассоциации, знания о предметах могут быть адекватными; они сравнивают объекты на основании существенных признаков; вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Речь идет не о том всестороннем, исчерпывающем анализе, свойственном мышлению здорового человека, о подходе к явлению с разных сторон, при котором действия и суждения обусловлены единой целью и условиями задания, установками личности.

Речь идет также не о тех колебаниях уровня суждений, возникающих как результат измененной работоспособности. Как мы уже говорили в главе III, при нарушении работоспособности больные на какой-то отрезок времени лишаются возможности правильно и адекватно рассуждать. Однако это не представляет собой утерю целенаправленности мыслительной деятельности как таковой. Так, например, если больной, у которого отмечались колебания активности коры головного мозга, при выполнении задания «классификация предметов» на какое-то время перестает руководствоваться обобщенным критерием, действия его все же адекватны цели и условиям, поставленным экспериментатором. Если больной в этих случаях начинает объединять объекты на основании конкретного признака, то все же его действия проводятся в плане классификации; он объединяет предметы на основании свойств, признаков *самых предметов*. При разноплановости же мышления сама основа классификации не носит единого характера. Больные объединяют объек-

ты в т...
основани...
вкусов, установ...
больных в раз...
Приводим...
ного Г-н (шнз...

Выполнение за...

Предметы, объеди...
больным в гру...

Слон, лошадь, мед...
бочка, жук и др...
вотные
Самолет, бабочка

Лопата, кровать, л...
Автомобиль, самол...

Цветок, кастрюля...
уборщица, пила,
Слон, лыжник

Шкаф, стол, этаж...
Уборщица, лопата

Цветок, кусты, де...
ши и фрукты
Стакан, чашка, ка...

Из приведе...
деляет группы...
ные, посуда, м...
лезные), цвета...
цвета). Други...
нии моральны...
больного (груп...
па, «свидетел...
и т. п.).

ты в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств предметов, то на основании личных вкусов, установок. Процесс классификации протекает у больных в разных руслах (табл. 6).

Приводим для иллюстрации некоторые примеры больного Г-н (шизофрения, параноидная форма).

Таблица 6

Выполнение задания «классификация предметов» больным с
«разноплановостью» мышления

Предметы, объединенные больным в группы	Объяснение больного
Слон, лошадь, медведь, бабочка, жук и другие животные Самолет, бабочка	Животные Группа летающих (бабочка изъята больным из группы животных)
Лопата, кровать, ложка Автомобиль, самолет, корабль	Железные Предметы, свидетельствующие о силе ума человеческого (самолет изъят из группы летающих)
Цветок, кастрюля, кровать, уборщица, пила, вишня Слон, лыжник	Предметы, окрашенные в красный и синий цвета Предмет для зрелищ. Людям свойственно желать хлеба и зрелищ, об этом знали древние римляне
Шкаф, стол, этажерка Уборщица, лопата	Мебель Это—группа выметающих плохое из жизни. Лопата—эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством
Цветок, кусты, деревья, овощи и фрукты Стакан, чашка, кастрюля	Растения Посуда

Из приведенной таблицы видно, что больной Г-н выделяет группы то на основании общего признака (животные, посуда, мебель), то на основании материала (железные), цвета (картинки окрашены в синий и красный цвета). Другие же предметы объединяются на основании моральных и общетеоретических представлений больного (группа «выметающих плохое из жизни», группа, «свидетельствующая о силе ума человеческого», и т. п.).

Некоторые больные руководствуются при выполнении задания личными вкусами, обрывками воспоминаний. Так, больной С-в (параноидная форма шизофрении), выполняя задание «классификация предметов», пытается образовать группы животных, растений, но тут же добавляет: «Но если подходить с точки зрения моего личного вкуса, то я не люблю грибы, я выброшу эту карточку. Когда-то отравился грибами и даже в больнице лежал... Ну их, грибы... А вот это платье мне тоже не нравится, оно не изящное, я их положу в сторону. А вот моряк мне нравится, и спорт я признаю» (объединяет моряка и лыжника в одну группу).

Таким образом, и этот больной теряет цель задания не потому, что он истощился, а потому, что выполняет классификацию, исходя то из «личного» вкуса, то кладя в основу воспоминание о том, что он «отравился грибами».

Другой больной К-н (шизофрения), описанный нами совместно с П. Я. Гальпериным при классификации предметов, не соглашается отнести собаку в группу выделенных им домашних животных: «Я не стану есть собачину». Направленность на объективное содержание действия утрачивается, наряду с адекватными суждениями выступает «разноплановый» характер мышления. Подобная разноплановость мышления была обнаружена нами при выполнении задания «исключения предметов».

Приводим для иллюстрации некоторые примеры больной шизофренией (простая форма) в табл. 7.

Таблица 7

Выполнение задания «метод исключений» больной с «разноплановостью» мышлений

Предъявленные картинки	Высказывания больной
Лампа керосиновая, свеча, электрическая лампочка, солнце	Надо выделить солнце, это естественное светило, остальное искусственное освещение
Весы, термометр, часы, очки	Очки отделю, не люблю очков, люблю пенсне, почему их не носят, Чехов ведь носил
Барабан, наган, военная фуражка, зонтик	Зонтик не нужен, сейчас носят плащи. Зонтик—это устаревший атрибут, я за модернизм

Как видно из таблицы, больная способна выполнить задание на обобщенном уровне; она исключает солнце как естественное светило, но тут же выделяет очки на основании личного вкуса (она не любит их, а не потому; что они не являются измерительным прибором). На таком же основании она выделяет и зонтик.

Адекватные, логически построенные суждения «сосуществуют» с высказываниями, вызванными случайными ассоциациями.

В результате одновременного сосуществования, переплетения всех этих разных аспектов, разных подходов к заданию, суждения, определения и выводы больных не представляют собой планомерного выполнения задания. В мыслительной деятельности больных переплетаются случайные ассоциации, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Аналогичные нарушения мышления отмечала и Г. В. Биренбаум при исследовании больных шизофренией. Она указывала, что у больных мышление «течет как бы по различным руслам одновременно». Определяя этот симптом как «минование сущности», Г. В. Биренбаум отмечала, что больные часто подменяли выполнение задания выявлением субъективного отношения к нему.

Подобное одновременное сосуществование различных аспектов в таком виде, как мы его здесь описали, является проявлением нарушения целенаправленности мыслительной деятельности.

Конечно, любое явление, любой предмет выступает и для здорового человека в разных значениях и смыслах. Конечно, и здоровый человек подходит в своей работе, в своих суждениях к какому-либо явлению с разных сторон, однако при всем этом объективное значение вещей остается устойчивым. В сравнительно нейтральной в аффективном отношении ситуации, какой является психологическое исследование, а также и в обычной практической деятельности вещи выступают в своей предметной однозначности.

У описываемых нами больных эта предметная однозначность терялась. При выполнении любого самого простого задания больные подходили не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией эксперимента, а руководствовались измененным отношением, измененными жиз-

ненными установками, бредовыми идеями. При этом могло и не быть непосредственного привнесения содержания психопатологического симптома в экспериментальную ситуацию (например, больной не «вплетал» элементы бреда в выполнение задания). Однако наряду с адекватными ассоциациями оживлялись связи, имеющие какое-то отношение к болезненным установкам больного, выступающие в данной конкретной ситуации как причудливые. Предметное значение вещей становится в одной и той же смысловой ситуации неустойчивым, подчас противоречивым¹.

Подобное неадекватное увязывание не стоящих в связи друг с другом вещей, представлений выступает потому, что для больного становится возможным рассмотрение самых обыденных вещей в неадекватных ситуациях аспектах.

Приведенные данные находятся в соответствии с многими клиническими данными.

Анализ историй болезни этих больных, наблюдения за их поведением в жизни и больнице выявили неадекватность их жизненных установок, парадоксальность их мотивов и эмоциональных реакций. Поведение больных отклонялось от обычных нормативов. Прежние интересы, взгляды больных отступают на задний план перед неадекватными, болезненными установками. Больной мог не заботиться о своих близких, но он проявлял повышенную озабоченность по поводу «пищевого рациона» своей кошки, другой больной мог оставить свою квалифицированную профессию и, обрекая свою семью на лишения, занимался тем, что целыми днями расставлял вещи перед фотообъективом, так как, по его мнению, «видение в различных ракурсах приводит к расширению умственного кругозора».

Парадоксальность установок этих больных, смысловая смещенность приводила к глубокому изменению структуры любой деятельности, как практической, так и умственной. В качестве существенного выступало то, что соответствовало измененным парадоксальным установкам больного. При выполнении экспериментальных зада-

¹ В тесной связи с подобной «разноплановостью» находится и символика мышления некоторых больных шизофренией. Именно из-за «разноплановости» мышления и эмоциональной насыщенности обыденные предметы начинают выступать в виде символов.

ний, требовавших сравнения и отбора признаков, подобная смысловая смещенность приводила к оперированию неадекватными.

Если больной, который видел смысл жизни в расстановке предметов перед фотообъективом, классифицировал предметы на основании их расположения на картинках, то выбор такого принципа являлся для него осмысленным.

В тех случаях, когда больной захвачен бредовыми переживаниями, «разноплановость» мышления выступает отчетливо и в беседе. В ситуации же, аффективно не насыщенной, «разноплановость» мышления выступает в простой, рудиментарной форме. Однако она может отчетливо выявиться в экспериментальной ситуации, требующей определенной направленности суждений. В этих случаях смысловая смещенность приводит к актуализации несущественных, незначимых, «латентных» (С. Л. Рубинштейн) признаков, которая сосуществует с адекватными ассоциациями. Больные начинают руководствоваться при выполнении интеллектуального задания одновременно то предметным значением вещей, то искаженным смыслом, нередко элементами желаний, обрывками воспоминаний и бредовыми интерпретациями. Мышление лишается целенаправленности.

В своем докладе на 18-м Международном конгрессе психологов в Москве 1966 г. «Потребности, мотивы, сознание» А. И. Леонтьев говорил о том, что «усвоенные человеком значения могут быть более узкими или более широкими, менее адекватными или более адекватными, но они всегда сохраняют свой обьективированный, как бы «надличный характер» (стр. 9). Очевидно, у описываемых нами больных этот «надличный» характер значений был утерян.

«РЕЗОНЕРСТВО»

Нарушение личностного компонента мыслительной деятельности, приводящее к утрате ее целенаправленности, можно проследить еще при одном варианте нарушения мышления, которое выступает в симптоме, называемом в клинике резонерством, и которое определяется многими клиницистами как склонность к бесплодному мудрствованию. Исследования нашей сотрудницы

Т. И. Тепеницыной показали, что в строении этого вида нарушений мышления, который расценивался до сих пор как проявление «выхолощенности» ассоциаций, пустой многоречивости, доминирующим является не изменение операционной стороны. Определяющим оказались изменения позиции больного к окружающему и неадекватная самооценка. Это выражается в аффективной неадекватности по отношению к выбору предмета обсуждения, в претенциозно-насыщенной и оценочной позиции больного по отношению к незначительному объекту суждений. С полным правом Т. И. Тепеницына приходит к выводу, что это нарушение личностного компонента является не фоном, на котором разворачивается слабость суждений больного, но оно непосредственно формировало самое строение этого нарушения мышления. Даже сам грамматический строй речи этих больных отражает эмоциональные особенности резонерства, лексика больных своеобразна, используются инверсии, вводные слова и т. д. Т. И. Тепеницына приводит в своей статье «О психологической структуре резонерства» примеры подобных высказываний больных. Подыскивая в опосредованном запоминании связь для слова «богатство», больная рисует книгу, мотивируя: «Книга — это богатство интеллекта! Книга человечества! Что может быть выше этого. Я считаю, что ничего нет выше этого». Для опосредования слова «счастье» другая больная рассуждает: «Богатство, счастье, разлука, печаль! Я бы нарисовала цветок. Я люблю цветы. Счастье! Его не изобразить ни на бумаге, ни на таких рисунках. Никто еще не мог написать, в чем оно счастье полностью (рисует конверт). Счастье человека складывается из таких... Бывает, получишь письмо — это маленькая радость. А из таких маленьких радостей складывается человеческое счастье...!».

Другая больная сравнивает понятия: слон и муха. «Муха — это насекомое, причем имейте в виду, вредное насекомое. Слон — это животное. Затем муха может... Мухи бывают разные. Учтите, в тропических странах другие мухи. Самое главное — это габарит. Одно дело — это муха не больше ногтя. Правда, в тропических странах есть большие мухи. И слон весит много тоже. Мухи живут и там и здесь. Разница в их нахождении. Если говорить только о мухах, живущих здесь, в центральной полосе, и мухах, живущих в тропиках. Мухи разные и

климат разный! Даже муха, живущая в тропиках, в тысячу, во много тысяч раз меньше слона. И все так, видите?». Т. И. Тепеницына указывает, что неслучайно подобные резонерские высказывания выступают в такой экспериментальной ситуации, когда удастся сформировать условия для выявления повышенного уровня притязаний и самооценки, когда искаженная система отношения может легче актуализироваться.

Приведенные данные указывают, что утеря целенаправленности возникает из-за искажения личностных установок больного, изменения структуры его мотивов и намерений.

НАРУШЕНИЯ КРИТИЧНОСТИ МЫШЛЕНИЯ

Нарушения целенаправленности мышления могут возникнуть потому, что выпадает постоянный контроль за своими действиями и коррекция допущенных ошибок. Отдельные элементы этого патологического явления мы могли уже видеть и в структуре тех изменений мышления, которые мы называли «разноплановостью», «искажением уровня обобщения», «резонерством» и др. Однако в наиболее отчетливых формах оно выступает в случаях поражения лобных долей мозга. Этот вид нарушения мышления можно охарактеризовать как нарушение критичности мышления.

Вопрос о критичности мышления решался в психологии, только в общем плане. С. Л. Рубинштейн подчеркивал, что только в процессе мышления, при котором субъект более или менее сознательно соотносит результаты мыслительного процесса с объективными данными, возможна ошибка и что возможность осознать ошибку является привилегией мысли. Выделяя качества ума, Б. М. Теплов указывает на критичность и оценивает ее как умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке.

С особой остротой выступает проблема критичности мышления при анализе различных психопатологических явлений. Во всех учебниках и монографиях, в которых трактуется вопрос о слабоумии, на первом плане упоми-

нается нарушение критичности (В. А. Гиляровский, М. О. Гуревич и М. Я. Серейский, С. С. Корсаков, Э. Крепелин, В. П. Осипов, Г. Е. Сухарева). Понятие критичности является весьма существенным при психопатологическом анализе. Оценка состояния больного при установлении диагноза заболевания часто основывается на наличии или отсутствии критичности мышления.

Понятие критичности в психопатологии неоднозначно; часто имеется в виду критичное отношение к бреду, к галлюцинациям и другим болезненным переживаниям. Мы же хотим подвергнуть анализу тот вид критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

При выполнении экспериментальных заданий обнаружилась особая группа ошибок, которую можно было характеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Так, например, в опыте на классификацию объектов больные, не вслушавшись в инструкцию, бегло взглянув на карточки, начинали раскладывать предметы по группам, не проверяя себя. Так, один из больных начинает складывать в одну группу карточки, лежащие рядом: «медведь», «термометр», «лопата», «шкаф»; в другую группу собирает карточки, находящиеся по краям: «гриб», «птица», «велосипед».

По существу говоря, само задание не выступило для больного как таковое. При указании экспериментатора, что группы надо отбирать по смыслу, чтобы карточки подходили друг к другу, больной правильно сортирует карточки, выделяя группы по обобщенному признаку (животные, мебель, люди, растения).

В картине заболевания больных описываемой группы отсутствовали острые психопатологические симптомы. При поверхностном исследовании эти больные производили впечатление относительно сохранных людей. Они усваивали предъявляемые им вопросы, были ориентированы в месте и времени, в общественных событиях, принимали участие в трудовых процессах, выполняли отдельные поручения, читали книги, запоминали прочитанное, слушали радио. Однако при ближайшем наблюдении можно было отметить неадекватность их поведения. Вслушиваясь в их беседы с родными, можно было уста-

новить, что они правильно отвечали на вопросы, но сами их не задавали, не интересовались жизнью своих близких, не говорили о своих планах на будущее. Начав читать книгу, они тут же ее бросали, чтобы взяться за другую, случайно попавшую в их поле зрения.

Это безразличное отношение к своим ошибкам достигало у некоторых больных самой нелепой формы. Так, например, один больной, сохранивший навык счета, при вычислении возраста своей дочери допустил столь грубую ошибку, что дочь оказалась моложе его на два года. Когда же экспериментатор обратил внимание больного на абсурдность его вычисления, он, не смутившись, ответил: «Все может быть».

Больные легко соглашались с любым, даже абсурдным суждением, легко и бездумно подчинялись всякому предложению другого человека. Так, один из больных накануне серьезной операции без всяких возражений согласился с предложением товарища уйти из хирургического корпуса, чтобы выкупаться в ненастную, холодную погоду в озере.

Никаких недостатков или нарушений умственной работоспособности эти больные никогда у себя не отмечали, ни на что не жаловались, не тяготились пребыванием в больнице, не просили о выписке. Они пребывали большей частью в хорошем настроении, не думая о своей будущей судьбе, не строили планов.

Особенно резко выступало «бездумное» поведение больных в психологическом эксперименте. Как мы говорили выше, больные, не взглянув как следует на предлагаемый материал, начинают работать. Например, больной, которому показывается серия картинок, изображающих нападение волков на мальчика, идущего в школу, едва взглянув на картинку, отвечает: «Мальчик лезет на дерево, хочет нарвать яблок, вероятно». Экспериментатор: «Посмотрите внимательнее». Больной: «Мальчик спасается от волков». Другой больной, едва выслушав просьбу экспериментатора объяснить пословицу «Куй железо, пока горячо», отвечает: «Да, да, железо должно быть расплавленным, иначе оно не ковка» — и тут же объясняет правильно: «Не надо откладывать дело в долгий ящик».

Больные могут осмыслить содержание басни, условный смысл инструкции, понять переносный смысл посло-

вицы, вычленив обобщенный признак и вместе с тем допустить грубейшие ошибки, действовать не в направлении инструкции, неправильно отнести фразы к пословице. Следовательно, больные могли понимать условие задания и действовать вразрез с этим пониманием.

Особенно четко выступали ошибочные, случайные решения больных в заданиях, простых по своему содержанию, но требующих контроля за своими действиями не только в конце работы, но на каждом отдельном этапе выполнения задания. Для иллюстрации приведем данные из работы В. И. Урусовой-Белозерцевой, проведенной на кафедре психологии МГУ.

Больным предлагаются небольшие рассказы с пропущенными отдельными словами; испытуемые должны заполнить эти пропуски (вариант методики Эббингауза). Были предложены следующие рассказы.

1. Лев стал . . . и не мог ходить на . . . Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился . . . И вот другие звери стали приходить и навещать больного . . . А когда они приходили, он набрасывался на них и . . . Пришла лисица, но в берлогу не вошла, а остановилась у . . . Лев спросил у нее: «Чего же ты не войдешь ко мне?» А . . . отвечала: «Я вижу много следов, которые ведут к твоей . . . , но не вижу . . . , которые вели бы обратно».

2. Один человек заказал пряхе тонкие . . . Пряха спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки . . . и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряха сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала на . . . место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они очень тонки. Я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще таких . . . , а за эти заплатил деньги.

По данным дипломной работы В. И. Урусовой-Белозерцевой, из 18 больных описываемой нами группы лишь четверо сначала прочитали рассказ; остальные 14 испытуемых заполнили пропуски «с ходу», не обращая внимания даже на следующую за ними фразу.

Следует отметить, что контрольные опыты, проведенные над больными со снижением уровня обобщения, выявили иную картину: даже те больные, которые плохо справлялись с заданиями, всегда прочитывали весь рассказ, обдумывали вставляемое ими слово.

Приводим образцы выполнения этих задач больными описываемой группы¹.

Больной Т. Один человек заказал пряже тонкие *руки* (нитки). Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки *нет* (толсты) и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала *другое* (пустое) место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они тонки, я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще две *руки* (ниток), а за эти заплатил деньги.

Больной Ч. Один человек заказал пряже тонкие *носки*. Пряжа спряла тонкие нитки, но человек сказал, что нитки *тонкие* и что ему нужны нитки самые тонкие. Пряжа сказала: «Если тебе эти не тонки, то вот тебе другие», и она показала на *нитки* место. Он сказал, что не видит. «Оттого и не видишь, что они очень тонкие, я и сама их не вижу». Дурак обрадовался и заказал себе еще *таких ниток*, а за эти заплатил деньги.

Больной Т. Лев стал *рычать* (стареть) и не мог ходить на охоту. Тогда он решил жить хитростью: залег в своей берлоге и притворился *спящим* (больным). И вот другие звери стали приходить навещать больного *олень* (льва). Когда они приходили, он набрасывался и съедал их.

Анализируя ошибочно вставленные слова, В. И. Урусова-Белозерцева отмечает следующие типы ошибок: а) вставленные слова можно было употребить лишь в контексте с ближайшими словами, но в отрыве от последующих слов и всего сюжета в целом; б) вставленные слова носят совершенно случайный характер; в) вставленные слова взяты из других рассказов.

Как и в других ситуациях, больные, допуская множество ошибок в процессе выполнения задания, не замечают несоответствия отдельных частей рассказа, не пытаются анализировать материал, а когда и замечают несоответствия, противоречия, не пытаются найти и исправить ошибку. Когда же экспериментатор указывает на ошибочность решения, больные соглашались: «Здесь надо что-то другое, да здесь не так», но не исправляют своих ошибок. У этих больных невозможно было вызвать установку на правильное выполнение задания, на адекватное отношение к продукту своего труда.

¹ В скобках приведены слова, которые должны быть вставлены, подчеркнутые слова вставлены больными.

Этот факт был предметом специального исследования С. Я. Рубинштейн. В своей диссертации «Восстановление трудоспособности после военных травм мозга» (1944 г.) С. Я. Рубинштейн проводит психологический анализ трудоспособности больных с различными мозговыми нарушениями. Автор убедительно показал, что больные даже со значительными поражениями головного мозга усваивали необходимые навыки приобретения новой профессии. Как правильно отмечает С. Я. Рубинштейн, у этих больных было адекватное отношение к труду; они правильно оценивали и предвидели, что приобретаемые ими знания пригодятся в последующей жизни.

Совершенно иначе протекал процесс овладения навыками у больных с поражениями лобных долей мозга. С. Я. Рубинштейн показала, что этим больным было нетрудно усвоить отдельные приемы работы, они овладевали легко техническими операциями; у них не отмечалась истощаемость, которая снижала работоспособность других больных. Вместе с тем именно больные с травмами лобных долей мозга оказались единственной группой больных, которые не получили нужных навыков. Анализируя причину неуспешных попыток обучения больных с поражениями лобных долей мозга, С. Я. Рубинштейн показывает, что у этой группы больных не было стойкого отношения к продукту своей деятельности, не было критического отношения к себе. У больных, как правильно замечает автор, не было внутренней коррекции своих действий.

Этот факт был отмечен и в условиях лабораторного обучения. Для исследования структуры действия в процессе обучения мы выделили группу из 7 больных с массивными ранениями левой лобной доли и такое же число больных с массивными поражениями задних отделов левого полушария (височной и теменно-затылочной области). В течение двух недель все эти больные проводили систематические упражнения, в которые входило заучивание стихотворения, складывание мозаики по предложенному образцу и сортировка предложенного больным материала.

Больные с поражением задних (гностических) отделов мозга хотя и испытывали заметные затруднения в обучении, но в процессе систематического упражнения

достигали значительного успеха. Они усваивали рациональные приемы обучения.

Больные же с массивными поражениями лобных систем вели себя совершенно иначе. Они не только не применяли никаких активных приемов, которые могли бы помочь им рационально овладеть предложенной задачей, но и не удерживали того способа, который был им показан.

Так, выкладывая мозаику без плана, не учитывая основных линий предложенного им образца, пассивно соскальзывая на продолжение неверных, случайно выложенных линий, они не усваивали дававшихся им приемов работы, и после данного им урока начинали следующий урок без всяких изменений. Аналогичная картина наблюдалась как при заучивании стихотворений, так и в других опытах.

У больных отсутствовала стойкая и осознанная мотивация, и именно это нарушало целенаправленность действий и суждений больных.

При контрольных вопросах и внешней организации работы со стороны экспериментатора больной мог осмыслить даже более сложные задачи. Таким образом, деятельность больных характеризовалась отсутствием самоконтроля и безразличным отношением к тому, что они делали. В качестве иллюстрации приведем выписки из истории болезни и данные экспериментально-психологического исследования двух больных.

Больной М., 1890 г. рождения. Диагноз: прогрессивный паралич. Больной рос нормальным. Успешно окончил медицинский факультет, работал врачом-хирургом. В возрасте 26 лет перенес заболевание сифилисом. В возрасте 47 лет выявились первые признаки душевного заболевания: производя операцию, допустил грубейшую ошибку (ушил толстую кишку в желудок), что стоило больной жизни. При судебнопсихиатрической экспертизе был установлен диагноз «прогрессивный паралич». После проведенного лечения пытался продолжать работу врача, но на работе не удержался.

Психическое состояние. Правильно ориентирован, доступен. Многоглаголив, с больными часто болтлив. Знает о своем заболевании прогрессивным параличом, но относится к этому факту с большой легкостью. Постоянно повторяет, что у него «остаточные явления после перенесенного прогрессивного паралича», но они «ничтожны», это «мелочь», которая не мешает ему работать хирургом. Вспоминая о своем грубейшем хирургическом промахе, с улыбкой, как бы мимоходом, говорит, что «допустил некоторую ошибку, у всех бывают случайности». В настоящее время считает себя здоровым («как бык», — говорит больной). Убежден, что может работать хирургом,

главным врачом больницы. В то же время больным отделения дает самые нелепые советы. Не стесняясь, рассказывает всем, что познакомился со своей женой в ливной и что «по профессии» она тогда была проститутка».

Уже при выполнении самых простых заданий больной допускает грубые ошибки, не делая при этом никаких попыток исправить их. Так, больной правильно понимает смысл пословицы, но тут же относит к ней несоответствующую фразу: «Я немного ошибся, ну и что же?»

Задание «классификация предметов» начинает выполнять, не дослушав инструкции: «Что же, это вроде домино», пытается подойти к заданию, как к игре в домино, прикладывает картинки, на которых нарисованы вазы, мебель, так, как этого требуют условия игры в домино, тут же спрашивает: «А как узнать, кто из нас выиграл? А мы играем ведь не на деньги, их у меня нет». Выслушав вторично инструкцию, правильно выполняет задание.

При выполнении задания «установление последовательности событий» вначале пытается объяснить каждую из картинок, при этом выдумывает сюжет, не вытекающий из содержания картинок. Взглянув на картинку № 2, говорит: «Вот тут кто-то пошел гулять. Он пошел на свидание... Ну, куда же он мог пойти? Очевидно, там его ждет кто-то, вероятно, женщина. Или, может быть, это деловое свидание. А вот это (картинка № 5) уехал дядя. Этот остался один, скучает, конечно, но по ком? Может, по той, к которой он спешил на свидание? Ну, а тут что? Сломалось колесо? Да, значит, нерадивый хозяин».

Экспериментатор прерывает рассуждения больного, предлагая ему разложить картинки в последовательном порядке, исходя из сюжета. Больной выполняет задание.

При выполнении задания «отнесения фраз к пословицам» больной правильно объясняет пословицы «Не все то золото, что блестит» и «Семь раз отмерь, один раз отрежь», но неправильно относит к ним фразы: «Золото тяжелее железа» и «Если отрезал неправильно, нечего винить ножницы».

Эксперимент на опосредствованное запоминание по методу пиктограмм выявил следующее. Больной не вслушивается в условие задания: «Вы хотите, чтобы я передал в рисунке ваши слова? Я ведь не художник». Экспериментатор еще раз объясняет смысл задания,

предлагает больному внимательно выслушать инструкцию. Больной говорит: «Ах, так надо, значит, только как эмблему изобразить? Что же, это легко». Он образует связи довольно обобщенного порядка: для запоминания «веселый праздник» рисует флаг, для слов «темная ночь» заштрихованный квадрат, для запоминания выражения «голодный человек» рисует тощего человека. При этом больной постоянно отвлекается от задания; пытается вступить в беседу с врачом о не относящихся к делу предметах.

Несмотря на то что экспериментатор все время подчеркивает, что это задание предлагается ему с целью проверки его памяти, больной несколько не удивляется, когда экспериментатор, якобы заканчивая опыт, прощается с больным, не попросив его воспроизвести предложенные слова. Также больной не смущается, когда при последовавшей проверке обнаруживается, что он запомнил лишь незначительное количество слов (из четырнадцати только пять). На замечание экспериментатора, что он мало запомнил, больной отвечает с улыбкой: «В следующий раз запомню больше».

Больной К. (история болезни госпиталя 3120), (данные исследования любезно предоставила нам С. Я. Рубинштейн), 1922 г. рождения, развивался нормально, окончил 4 класса сельской школы, потом курсы крановщиков, работал крановщиком на заводе. 23 марта 1943 г. получил сквозное пулевое ранение обеих лобных долей. Было отмечено истечение мозгового вещества из входного и выходного отверстий. Через день после ранения произведена операция удаления многочисленных костных осколков, внедрившихся в мозговое вещество левого лобного полюса. Послеоперационное течение — гладкое. Спустя полтора месяца в неврологическом статусе отмечалось: нарушение конвергенции, особенно слева, спонтанный нистагм, при отклонении глазных яблок, сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные рефлексy справа повышены, патологических нет. Все виды чувствительности в пределах нормы. Координация — норма.

Психическое состояние. Больной правильно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке. Правильно рассказывает о событиях прошлой жизни. Знает о своем ранении, но считает его легким, не отмечает никаких отрицательных последствий ни в своем физическом, ни в психическом состоянии. Предполагает, что будет возвращен в свою строевую часть.

Доступен, словоохотлив, безмятежно весел. Беспрекословно подчиняется режиму, но если товарищи предлагают ему какое-либо мероприятие, нарушающее режим, также беспрекословно следует за ними. По просьбе товарищей часто играет на балалайке, поет, но, будучи предоставлен самому себе, долго бездейственно сидит молча.

По назначению врача больной начал работать в мастерских трудовой терапии. Охотно брался за любую, даже самую тяжелую работу, так что за ним приходилось следить и запрещать ему некоторые виды труда, указывать на необходимость прекратить работу. Однако, выполняя по указанию инструктора отдельные задания, К. никогда не интересовался результатами работы в целом, не заботился о качестве выполняемого дела. Часто, начав какую-нибудь работу, он выходил покурить и затем забывал вернуться в мастерскую. То и дело портил материал и ломал инструменты не потому, что не умел ими пользоваться, а вследствие бездумного, безответственного отношения к делу; не сердился и не огорчался, когда инструктор или товарищи сердились на него из-за брака в работе. Однажды, состроив на швейной машине две части одежды так, что лицевая сторона оказалась пришитой к изнанке, в ответ на замечание рассмеялся и заявил: «Сойдет»!

После прохождения ВВК больной был снят с военного учета и признан инвалидом третьей группы: собирался поехать к дяде, потом решил ехать в гости к соседу по палате. Без колебаний согласился остаться в госпитале на должности санитара. С момента выписки больного из госпиталя неправильность его поведения стала особенно очевидной. Если раньше в условиях определенного режима и обеспеченного больничного существования больной не выделялся из среды товарищей, то теперь его поведение оказалось резко неадекватным. В то время как раненые в дни выписки из госпиталя активно беспокоились об организации своего быта, К. остался совершенно равнодушным.

Обязанности К. как санитара заключались в том, что он вместе с другими переносил больных из корпуса в корпус. Он очень хорошо, не жалея своих сил, выполнял эту работу, пока за ним наблюдали, но стоило кому-нибудь отвлечь его внимание, позвать его, он мог оставить носилки «на минутку» и затем вообще не вернуться. Его перевели на работу истопника, но в первый же день работы он ушел по зову товарища в кино, а затем лег спать, оставив работу невыполненной. На протяжении нескольких месяцев, пока больной действовал «под диктовку», он хорошо работал, вызывал симпатии окружающих своим неизменным добродушным, покладистым нравом. При малейшей же самостоятельности обнаруживал безответственность, неправильность поведения, от которой страдал сам и страдали его товарищи по работе: забыл получить продуктовые карточки, раздал ящик чужих запасов, уходил среди рабочего дня с работы, чтобы выполнять нелепые поручения слабоумных больных. Однако в кругу семьи, под наблюдением родных, его поведение было сравнительно полноценным.

Приведем некоторые данные экспериментального исследования больного. В эксперименте на классификацию предметов К., даже не дослушав до конца инструкцию, начинает раскладывать карточки в аккуратные стопочки, рассматривает их. Однако после настоятельных повторных инструкций выполняет задание правильно. Очень демонстративно особенности поведения больного выявились при выполнении задания «установление после-

довательности событий» (серия картинок, изображающих поломку и починку колеса). Больной описывает первую попавшуюся картинку, раскладывает картинки без всякой последовательности, но спустя некоторое время по просьбе экспериментатора внимательно отнестись к работе правильно выполняет задачу. Если удастся направить внимание больного на выполнение задания, он может его выполнить, даже если оно требует довольно сложного анализа и синтеза (больной понимает переносный смысл пословиц, устанавливает аналогичные отношения и т. д.).

Неправильными были действия больного и при складывании куба Линка. Задача состояла в следующем: испытуемый должен сложить большой деревянный куб из 27 кубиков, располагая их в три ряда по 9 кубиков в каждом ряду. Грани каждого кубика окрашены в желтый, красный или зеленый цвета. Надо было составить большой куб так, чтобы все его стороны были окрашены в красный цвет. Комбинации цветов определяют место каждого маленького кубика в большом кубе.

Это задание требует планирования действий, тщательного и постоянного контроля и обязательной коррекции в случае ошибок. Наш больной не был в состоянии справиться с этим заданием. Усвоив смысл инструкции, он правильно подбирал кубики лишь на сторонах большого куба, обращенных к нему, и не заботился о других сторонах.

Данные психологического и клинического исследования описываемых больных обнаруживают единую структуру нарушений их психической деятельности. Грубые, случайные ошибочные решения больных, невозможность учета своего опыта и своих возможностей в эксперименте, бездумное поведение больных в клинике и в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе — все это указывает на то, что действия наших больных не регулируются мышлением, не подчинены личностным целям. Поведение больных не было обусловлено адекватным отношением к окружающим людям, а зависело от случайных воздействий.

Наблюдали ли мы больных в клинике или во время работы в трудмастерской, беседовали ли мы с ними — повсюду мы наталкивались на отсутствие личностного отношения этих больных к ситуации. Так, им не каза-

лось странным, что, понимая инструкцию во время психологического исследования, они не могут выполнить задания; им не казалось удивительным, что «умея шить», они все же не могли справиться с простейшей задачей в швейной мастерской, что, владея счетом, они не могут решить простейшей задачи. Они не поражались тому, что не могут запомнить поручений.

Это измененное отношение в корне меняло строение действия больного, разрушало его поведение, лишало его целенаправленности. Поэтому больные могли продолжать работу при явной ее нецелесообразности и в то же время могли прервать выполнение важного задания при малейшем внешнем отвлечении. Они не приобретали трудовых навыков, не усваивали их не потому, что не в состоянии были понять объяснение исследователя или инструктора, а потому, что не фиксировали своего внимания на своей работе, потому что не были направлены на нее, не улавливали в ней смысла.

Это нарушение отношения к окружающему, к своему «я» не только являлось причиной их измененного поведения, но и как бы изменяло самый характер больных. Их небрежность, беззаботность, безответственность возникали именно как проявления их глубокого личностного изменения. Именно это отсутствие отношения могло привести к тому, что больной К. оставил на снегу носилки с больным, чтобы последовать за окликнувшим его мало знакомым человеком; именно поэтому больные не огорчались собственной несостоятельностью, не заботились об оценке своей работы; именно это отсутствие отношения приводило к тому, что больные не контролировали своих действий.

Мышление больных не было направлено на объект деятельности, у них не было заинтересованности ни в решении задач, ни в оценке их действий экспериментатором. У них отсутствовало сомнение в правильности своих действий. Ошибочные ответы больных при решении умственных задач, поверхностный, случайный характер их суждений, отсутствие контроля над своими поступками, невозможность оценить свои действия — все это свидетельствует о не критичности мышления больных этой группы.

НАРУ
БОЛЬ

Анализ
бует учета
подход про
ной материа
любых псих
воедино свя
рез которые
говорит С. Л
ние» (стр. 30

Учет лич
менений пси
болезнь нер
систему ее
ностей. Меж
логии посвя
ной деятель
ментальные
Частично та
разработани
психологии.

Нужно о
и ее патоло
вания в это
ми психоана

ГЛАВА VI

НАРУШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ И ПУТИ ИХ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ любого проявления нарушений психики требует учета личностных особенностей больного. Такой подход продиктован основными принципами современной материалистической психологии. «При объяснении любых психических явлений личность выступает как воедино связанная совокупность внутренних условий, через которые преломляются все внешние воздействия», — говорит С. Л. Рубинштейн в своем труде «Бытие и сознание» (стр. 308).

Учет личностных особенностей при исследовании изменений психики необходим еще потому, что душевная болезнь нередко поражает личность в целом, меняет систему ее потребностей, эмоционально-волевых особенностей. Между тем исследования в области патопсихологии посвящены в основном нарушениям познавательной деятельности. Недостаточно разработаны и экспериментальные методы исследования личностных изменений. Частично такое положение объясняется недостаточной разработанностью проблемы строения личности в общей психологии.

Нужно отметить, что за рубежом проблеме личности и ее патологии посвящено много работ. Однако исследования в этой области проводятся в основном психологами психоаналитического направления и психологами,

придерживающимися так или иначе «понимающей психологии» и философии экзистенциализма.

Советские психологи (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) считают, что личность является продуктом исторического развития, что личность — это продукт развития отношения субъекта и общества, отношения «субъекта и мира человека» (А. Н. Леонтьев).

А. Н. Леонтьев подчеркивает в своих высказываниях, что в процессе формирования личности важны не процессы приспособления к окружающему, а процессы усвоения человеческого опыта.

Исследуя формирование личности у детей, Л. И. Божович останавливается на ее направленности, в основе которой лежит возникающая в процессе жизни и воспитания устойчивая система мотивов. В этом процессе формирования направленности личности доминирующую роль играет осознание ребенком того места, которое он занимает в системе общественных отношений, его «внутренняя позиция».

Уже из этих основных положений теоретической психологии видно, сколь сложно психологическое строение личности. Оно связано с потребностями человека и его направленностью, с его эмоциональными и волевыми особенностями. Несмотря на то что последние рассматриваются психологией, как процессы, они по существу являются включенными в строение личности. Личность человека формируется и проявляется в его деятельности, поступках, действиях. В его потребностях, материальных и духовных, выражается его связь с окружающим миром, людьми. Оценивая человеческую личность, мы прежде всего характеризуем круг ее интересов, содержание ее потребностей. Мы судим о человеке по мотивам его поступков, по тому, к каким явлениям жизни он равнодушен, по тому, чему он радуется, на что направлены его мысли и желания.

Об изменениях личности мы говорим тогда, когда под влиянием болезни у больного скудеют интересы, мельчают потребности, когда у него проявляется равнодушие к тому, что его раньше волновало, когда действия его лишаются целенаправленности, поступки становятся бездумными, когда человек перестает регулировать свое поведение, не в состоянии адекватно оценивать свои возможности.

Из всего сказанного следует, что исследование личности, ее формирования и изменения чрезвычайно сложно и многослойно. Оно может проводиться в разных аспектах и направлениях. Поэтому прежде всего важно наметить такую область исследования личности, которая на данном этапе наиболее разработана в общетеоретическом плане. К таким наиболее теоретически разработанным проблемам относится проблема мотивации, отношения и направленности личности.

Не вдаваясь подробно в проблему структуры потребностей и мотивов, следует отметить, что в трудах советских психологов (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн) указывается на общественную их природу, на то, что потребности находят свое удовлетворение в деятельности, что развитие потребностей идет через развитие производства предметов, что всякая деятельность сама порождает потребности. При исследовании нарушений личности мы пытались отпавляться от этих исходных положений, разработанных советской психологией.

С другой стороны, мы полагаем, что само исследование патологии личности может оказаться полезным для анализа ее строения в норме.

Наблюдаемые в психиатрической практике изменения личности носят многообразный характер, их феноменология прекрасно представлена в учебниках психиатрии. Для иллюстрации остановимся лишь вкратце на нескольких описаниях.

Так, очень красочно описаны изменения эмоционально-волевой сферы больных эпилепсией, которые характеризуются выраженной инертностью, ригидностью. Больные постоянно возвращаются к одним и тем же переживаниям, представлениям, фиксируют свое внимание на незначительных явлениях. Эта ригидность их эмоциональной сферы находит свое выражение в педантичности этих больных; больные не выносят никаких изменений в заведенном ими образе жизни, педантичны в своей работе, склонны к однообразной деятельности, которую выполняют с особой тщательностью. Инертность эмоциональной сферы больных эпилепсией сочетается с быстро наступающей гневливостью, склонностью к аффективным разрядам, неустойчивостью настроения, из-за которых больные совершают неадекватные действия, наносят вред другим людям. Больным эпилепсией присущ эго-

центризм, узость интересов. Вместе с тем у них отмечаются подчеркнутая вежливость, угодливость, граничащая с ханжеством. (Тип такого больного изображен Достоевским в образе Смердякова.)

В генезе таких характерологических особенностей играет большую роль реакция больного на свою неполноценность, на что указывает и А. П. Осипов в своем «Руководстве по психиатрии».

Психиатрическая клиника показывает и другую форму личностных нарушений, которые приобретают характер повышенной лабильности эмоциональных реакций, не критичности к своим поступкам, ослабления регулирующих влияний мышления, как это имеет место у больных хроническим алкоголизмом. Больные становятся самоуверенными, хвастливыми, склонны к плоским островам, действия их лишены целенаправленности, поступки немотивированы.

Некритичность поведения, особенно по отношению к себе, описана многими психиатрами при анализе личности больных прогрессивным параличом. У последних отмечается повышенное, благодушное настроение, они заявляют, что у них блестящее здоровье, обнаруживают у себя недюжинные способности. Повышенное настроение легко сменяется капризно-раздражительным, больные могут плакать из-за пустяка, но тут же успокаиваются.

Особенно подробно описана внушаемость подобных больных, они легко поддаются уговорам, совершают легкомысленные поступки. В. А. Гиляровский приводит в своих лекциях подобного больного, который на виду у всех разбил витрину, взял ненужную ему вазу только потому, что она ему понравилась; другой больной купил в подарок жене на все имеющиеся у него деньги сервиз, оставив всю семью без денег на пропитание.

У больных притуплены высшие этические чувства; они безразличны к своим близким, их не трогает горе друзей и собственные неприятности; они беззаботны, равнодушны к себе и другим. Поведение их лишено целенаправленности и произвольности.

Много внимания психиатры уделяют тем видам нарушения личности, которые наблюдаются при некоторых формах шизофрении.

Переживания больных шизофренией утрачивают характер принадлежности собственному «я». У больных возникает особое отношение к окружающему их миру, отгороженность от людей (аутичность). Больные живут в мире своих бредовых переживаний, не интересуясь окружающими реальными отношениями. Они неправильно истолковывают окружающее. Эмоциональные реакции искажаются, развивается эмоциональная тупость. Деликатные, скромные раньше люди становятся грубыми, беззастенчивыми, несдержанными. Отмечается «холодность» их чувств: больные могут смеяться, рассказывая о смерти близких людей, при посещении родными ни о чем их не расспрашивают. Они безучастны к жизни, людям. На фоне такого эмоционального оупления выступает негативизм больного. Он заключается в отрицательной реакции на раздражитель; при приветствии — он прячет руку за спину, не отвечает на вопросы. Песзы и жесты больного поражают часто своей парадоксальностью, вычурностью. Иногда же действия больного становятся импульсивными: больной начинает немотивированно во время беседы свистеть, строит гримасы.

Больные особым образом истолковывают окружающее; любое событие приобретает для них особый смысл: «сосед по палате взял в руки газету — это означает, что его должны убить».

Уже из приведенного схематического описания видно, как разнородна картина наблюдающихся в клинике проявлений личностных изменений.

Квалификация их в понятиях научной психологии затруднена потому, что психология личности недостаточно разработана в теоретическом плане. Мало представлены и методы исследования личности. Поэтому нам кажется целесообразным при дальнейшем изложении остановиться на экспериментальных путях исследования личностных изменений и на тех данных, которые с помощью этих приемов обнаружены.

* *

*

Одним из путей исследования патологии личности является наблюдение над общим поведением больного

во время эксперимента. Даже то, как больной «принимает» задание или инструкцию, может свидетельствовать об адекватности или неадекватности его личностных проявлений. Любое экспериментально-психологическое задание может явиться индикатором эмоционально-волевых личностных особенностей.

При любом исследовании должно быть учтено это отношение личности, совокупность ее мотивационных установок. Это положение было высказано В. Н. Мясищевым еще в 30-х годах. Он указывал на существование двух планов отношений: отношения, созданного экспериментатором, и отношения, порождаемого самой задачей.

У многих больных обнаружилось отношение к ситуации эксперимента. У некоторых ситуация эксперимента воспринималась как некое испытание их умственных способностей, нередко больные считали, что от результатов исследования зависит срок пребывания в больнице или назначение лечебных мероприятий, или установление группы инвалидности. Поэтому сама ситуация эксперимента приводила к актуализации известного отношения. Так, например, некоторые больные, опасаясь, что у них будет обнаружена плохая память, заявляют, что «они всегда плохо запоминали слова». В других случаях необходимость выполнения счетных операций вызывает реплику, что они «всегда терпеть не могли арифметику». Любое задание, даже несложное, может вызвать в ситуации эксперимента личностную реакцию.

У некоторых же больных (например, в условиях экспертизы) появляется установка на болезнь. В этом случае ведущим мотивом было стремление проявить свою умственную интеллектуальную несостоятельность, т. е. не решить задачу. Этот мотив вступал в конфликт с адекватно действующим мотивом, исходящим от самой задачи. В результате интеллектуальное действие больного оказывалось сложным, двухактным, но структурно сохранным. Больные обычно раньше верно решали задание для себя, а затем произвольно извращали ответ (данные С. Я. Рубинштейн).

В других случаях в первую очередь актуализируется отношение, порождаемое самой задачей. Задание содержало в себе внутренний мотив самопроверки, самоконтроля, т. е. само задание приобретало для больного смысл. Задание как бы адресуется в таких случаях к

самолюбие, к известному уровню притязаний личности и является как бы объективированным для личности мотивом ее решения. Эта мотивированность, мобилизующая интеллектуальные ресурсы личности, является основой надежности экспериментально-психологических методик.

Поэтому могло оказаться, что у некоторых личностно сохранных, но астенизированных и истощающихся больных условия эксперимента стимулировали активность и способствовали частичному преодолению истощаемости. В результате эти больные в эксперименте оказывались более сохранными, чем в реальной жизненной ситуации. Такие явления наблюдались у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, которые в ситуации эксперимента выявляли лучшую интеллектуальную продукцию, нежели в профессиональных условиях.

Опыт работы нашей лаборатории показал, что наблюдения за больными, выполняющими самые простые задания, могут оказаться полезными для учета их отношения. Так, например, складывание «куба Линка» (методика, направленная на исследование комбинаторики), выявило разную реакцию больных шизофренией и психопатов. Больные с простой формой шизофрении не обнаруживают эмоциональных реакций при складывании «куба Линка». Они несколько пассивно выполняют само задание; допущенные ими ошибки не вызывают эмоциональных реакций. Они не реагируют на замечания экспериментатора, указывающего на ошибку.

Совершенно иначе выглядит поведение больного психопата: в начале эксперимента его поведение, его способы работы могут быть аналогичны поведению здоровых людей, однако оно резко меняется при появлении ошибочных решений: больной становится раздражительным, нередко прерывает работу, не доводя ее до конца.

Подобное поведение мы имели возможность наблюдать и у больных, в состоянии которых отмечаются симптомы раздражительной слабости, астении, хотя в этих случаях аффективная реакция не столь сильно выражена. У детей в состоянии глубокой астении затруднения при выполнении задания вызывают нередко депрессивные реакции, слезы.

Наблюдения за поведением испытуемого во время эксперимента дают возможность судить о критичности больного, о степени его самоконтроля. Больные часто указывают, что им самим «интересно проверить свою память». Нередко бывает и так, что больной в процессе работы впервые осознает свою умственную недостаточность и соответствующим образом реагирует на нее.

Следовательно, поведение и высказывания больного, его реакции на ситуацию эксперимента могут послужить материалом для анализа его личностных отношений и степени их сохранности.

Другой методический путь исследования изменений личности — это путь опосредованного выявления ее изменений с помощью методик, направленных на исследование познавательных процессов. Этот путь кажется вполне правомерным и оправданным, ибо познавательные процессы не существуют оторванно от установок личности, ее потребностей, эмоций. Касаясь мотивов и побуждений мышления, С. Л. Рубинштейн в своей работе «О мышлении и путях его исследования» отмечает, что это «по существу вопрос об истоках, в которых берет свое начало тот или иной мыслительный процесс» (стр. 87).

Как мы уже говорили в главе V, исследования в области патологии мышления показали, что некоторые виды его нарушений являются по существу выражением той смысловой «смещенности», которая была присуща этим больным.

Мы показали, что актуализация неадекватных знаний является не каким-то самодовлеющим процессом, не зависящим от строения и особенностей личности, а проявлением измененных установок, отношений, потребностей личности, т. е. отражением измененных «внутренних условий».

Это же положение мы попытались раскрыть в главе V и на анализе той формы нарушения мышления, которая обозначена как «резонерство». Мы привели в качестве доказательств данные исследований Т. И. Тепеницыной, в которых показано, что не нарушения интеллектуальных операций, а изменение личностного компонента является доминирующим в структуре «резонерства». Здесь нам хотелось лишь остановиться еще на двух рядах фактов, о которых говорится в исследованиях Т. И. Тепеницыной. Автор указывает следующее.

1. Структура от характера с органическими выступает из функциональной нервной системы связей процессов изменений.

2. Резонанс ментальных функций «повышают» такие экспериментальные «активности» стимулирования. Следовательно стратегия отношения в структуре

К этой структуре мышления направлением уроками отношения

Подобное явление логическими процессами интеллектуальной деятельности, они представляют серию кар

Любое рождение, рот, более требовало довольно данных явлений строя мышления отношений вательных стных из

Об этом психологи

1. Структура резонерства бывает разной в зависимости от характера личностных нарушений. Так, у больных с органическими заболеваниями мозга «резонерство» выступает в виде неудачной компенсации их интеллектуальной недостаточности; у больных эпилепсией в резонерских суждениях отмечается актуализация инертных связей прошлого опыта. Иначе говоря, структура личностных изменений меняет структуру нарушений мышления.

2. Резонерство легче всего проявляется в тех экспериментальных ситуациях, которые формируют, «провоцируют» повышенный уровень притязаний, при применении таких экспериментальных приемов, которые допускали «активность» больного, которые давали повод продемонстрировать свое отношение.

Следовательно, и эти примеры показывают, что сама стратегия мышления определяется до известной степени отношением личности; отношение личности включается в структуру мыслительной деятельности.

К этой мысли приводят и исследования не критичности мышления, при котором бездумные суждения и не направленные действия больных вызываются не снижением уровня обобщения, а безразличным инактивным отношением к результату своей деятельности.

Подобного рода больные, например больные с поражением лобных долей мозга, не справлялись с некоторыми простыми заданиями, несмотря на то, что интеллектуальные операции относительно сохранены. Так, понимая переносный смысл пословиц, условность инструкции, они не могут разложить в последовательном порядке серию картинок, изображающих несложный сюжет.

Любое простое задание, требовавшее выбора, планирования, не выполнялось этого рода больными и, наоборот, более сложные задания, выполнение которых не требовало соблюдения этих условий, выполнялись ими довольно легко. Таким образом, ошибочные решения заданий являлись не следствием нарушения логического строя мышления больных, а результатом их бездумного отношения. Изменения, выявленные в сфере их познавательной деятельности, являлись следствием их личностных изменений.

Об этом свидетельствуют и исследования советских психологов, работающих в области педагогической пси-

хологии. Так, работами Л. И. Божович и Л. С. Славиной показано, что неуспеваемость многих детей в школе была обусловлена не нарушением их познавательных процессов, а измененным отношением детей, их измененной позицией в коллективе.

Резюмируя, можно сказать, что анализ «стратегии» мышления будет неполным, если не будет учтена личностная направленность мыслящего субъекта. Ибо, говоря словами Л. С. Выготского: «Как только мы оторвали мышление от жизни и потребности, мы закрыли сами себе всякие пути к выявлению и объяснению свойств и главного назначения мышления: определить образ жизни и поведения, изменить наши действия»¹. Поэтому правомерно ожидать, что выполнение любого экспериментального задания, направленного, казалось бы, на исследование познавательной деятельности, может принципиально давать материал для суждений о личностных установках больного.

Больше того, само моделирование познавательной деятельности человека должно включать в себя моделирование его личностного компонента.

* * *

Путь опосредствованного изучения личности не ограничен. Принципиально любая экспериментальная методика может оказаться пригодной для этого, так как построение любой модели человеческой деятельности (а приемы экспериментально-психологического исследования являются таковыми) включает в себя и отношение человека.

Мы ограничимся лишь некоторыми примерами.

Уже выполнение самых простых заданий включает в себя эмоциональный компонент. Исследованиями Э. А. Евлаховой показано, что даже столь простое задание, как описание несложного сюжета картины, зависит от уровня эмоциональной сферы испытуемого. Обнаружено, что у детей с поражением лобных долей мозга

¹ Л. С. Выготский. Избранные психологические исследования. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956, стр. 476.

имела место недостаточность реакции на эмоциональное содержание картины.

Казалось правомерным, что нарушение эмоционального отношения с особой четкостью должно выступить при описании таких картинок, осмысление которых должно опираться преимущественно на физиогномику изображенных персонажей. Для этой цели были применены картины, относящиеся к так называемым «прожективным» методам исследования.

Как мы уже говорили в главе III, сущность этого методического приема состоит в том, что предлагаемое задание не предполагает какого-либо определенного способа работы — оно предназначено для выявления переживаний, особенностей личности и характера испытуемого. Результативная сторона действия испытуемого не имеет значения, поскольку в прожективных методиках нет проблемы правильного и неправильного решения.

Прожективные методы используются за рубежом в двух планах. Во-первых, с целью установления индивидуальных различий, во-вторых, с целью выявления «скрытых переживаний».

Одна из прожективных методик, предложенная Морганом и Морреем, получила название *тематического апперцепционного теста* (ТАТ). Она состоит из отдельных картинок, на которых изображены ситуации с весьма неопределенным содержанием. Согласно инструкции Моррея, испытуемому говорится, что у него исследуется воображение, и он должен по картинкам составить рассказы.

При интерпретации высказываний испытуемых Моррей исходит из того, что рассказы испытуемых следует рассматривать как символическое отражение их переживаний, взглядов, их представлений о прошлом опыте и будущем. По мнению Моррея, происходит отождествление испытуемого с «героем» картинки.

В дипломной работе И. К. Кнященко, проведенной в нашей лаборатории, инструкция была изменена: испытуемому говорилось, что речь идет об исследовании восприятия (а не воображения), испытуемому не задавались вопросы, а предлагалась «глухая» инструкция: «Я вам покажу картинки, посмотрите на них и расскажите, что здесь нарисовано». Только после выполнения задания

ставился вопрос: «Что дало испытуемому основание для такого или иного описания?».

Данные исследования Н. К. Киященко показали, что здоровые испытуемые подходили к заданию с общей направленностью на выяснение содержания картинки. Эти поиски — определения сюжета картины проводились с опорой на позу и мимику изображенных персонажей. Как правило, при выполнении этого задания здоровые испытуемые выявляли свои отношения к изображенным событиям и лицам.

Совершенно иные результаты получены Н. К. Киященко при исследовании с помощью методики ТАТ больных шизофренией (простая форма). Автор отмечает, что в отличие от здоровых людей у больных этой группы отсутствует направленность на поиски правильной интерпретации. В ответах больных содержится лишь формальная констатация элементов картины: «двое людей», «сидит человек в кресле», «разговор двух людей», либо формально обобщенная характеристика: «отдых», «минута молчания». Больные не выражают, как правило, своего отношения к изображенной ситуации.

Для иллюстрации приводим примеры описания картинок здоровыми людьми и больными простой формой шизофрении, взятые из исследования Н. К. Киященко (см. табл. 8).

Особенности восприятия больных шизофренией при предъявлении картинок ТАТ не были связаны со снижением уровня обобщения. Их описания не базировались на конкретных представлениях; наоборот, они сводились к формально-бессодержательной характеристике.

Резюмируя, можно сказать, что моделирование деятельности познавательных процессов (применение экспериментальных проб, требующих обобщения, выделения существенного, сравнения актуализируемых связей и т. д.) всегда включает в себя оживление, актуализацию личностных компонентов (мотивации, отношения).

* *
*

Наконец, одним из путей исследования изменений личности является применение методик, направленных непосредственно на выявление эмоционально волевых

Таблица 8

Примеры описания картинки больными шизофренией
(в сравнении со здоровыми испытуемыми)

Здоровые испытуемые		Больные шизофренией	
Испытуе- мый Г.	Вид вызывает смех, потому что физиономия больного самодовольная. Ему кажется, что он делает что-то вообще полезное и, безусловно, приятное, иначе он не находился бы в таком эмоциональном состоянии	Н.	Мужчина сидит
		К.	Человек читает книгу, держит ее в левой руке, а в правой—трубка
Испытуе- мый М.	Человек, читая книгу, вспомнил аналогичное событие из своей жизни (событие приятное и значительное) и размышлял	М.	Отдыхает кто-то
		О.	Минута молчания
		Ф.	Сидит человек у круглого окошка
Испытуе- мый А.	Человек в кабине самолета. Читал книгу, но потом предался приятным воспоминаниям и глаза следят за картинами, меняющимися за окном. Наверно вспомнил о чем-то приятном, что было до отлета	М.	Мужчина сидит в кресле. Подушка лежит

особенностей больного человека, на выявление его измененного отношения к ситуации эксперимента.

Эта группа методик взяла свое начало из результатов исследований аффективно-волевой сферы. В работе С. Л. Рубинштейна «О мышлении и путях его исследования» говорится о том, что результат исследования, вскрывающий какие-либо существенные зависимости исследуемой области явлений, превращается в метод, в инструмент дальнейшего исследования. Так случилось и с рядом приемов, примененных в школе Курта Левина для исследования аффективно-волевой сферы. Несмотря на то что методологические позиции К. Левина для нас непримемлемы, его экспериментальные приемы оказались полезными.

В данном сообщении мы остановимся несколько подробнее на некоторых из них.

Несколько слов о принципах построения таких методик.

При построении подобных методических приемов главное внимание должно быть обращено на то, чтобы искусственно созданная ситуация эксперимента возможно глубже способствовала формированию отношения больного. Как мы говорили выше, любая экспериментальная ситуация вызывает отношение испытуемого (поэтому и возможен путь опосредствованного исследования его личностных реакций); однако если при исследовании познавательных процессов мы стараемся, чтобы применяемые методические приемы представляли собой модели познавательной деятельности человека, помогающие выявить качество и уровень его умственной работоспособности, то методические приемы, направленные непосредственно на исследование личностных особенностей, должны представлять собой модели жизненных ситуаций, обостренно вызывающих отношение испытуемого.

Для этой цели мы применили методику Хоппе, известную в психологической литературе как *«исследование уровня притязаний»*, предложенную и апробированную в школе немецкого психолога Курта Левина.

Курт Левин (1890—1947) представитель немецкой школы гештальтпсихологии, эмигрировавший после установления фашистского режима из Германии в США, систематически впервые разработал теорию воли и аффектов и один из первых обратился к экспериментальному исследованию особенностей поведения человека в конкретной обстановке.

В системе взглядов К. Левина надо различать два периода: первый до 1933 г., в который создавалась его динамическая теория личности, и второй (американский), когда в его научных взглядах наметились сдвиги под влиянием американской социологической психологии. Описанные методики принадлежат к первому периоду его научного творчества.

В противовес современной ему «атомистической», или, как ее называли, ассоциативной психологии, К. Левин считал, что источником человеческого поведения, мышления являются не ассоциации, а потребности. Под потребностями К. Левин подразумевает не биологические влечения, а психологические образования, которые возникают в связи с жизненными целями человека. Больше того, К. Левин подчеркивал, что цели и намерения стоят по своим динамическим свойствам в одном ряду с потребностями, что именно они (квазипотребности) специфичны для человека.

В учении К. Левина о потребностях поставлен вопрос о связи между потребностью и предметом. Он показал, что человек всегда

существует в определенной конкретной ситуации (по его терминологии, «в психологическом поле»), где каждая вещь, предмет выступают не сами по себе, а в отношении к потребностям и стремлениям человека. К. Левин указывал на динамичность этих отношений, на то, что любое действие человека меняет «соотношение сил в ситуации» и по-новому определяет поведение человека.

Поэтому всякое экспериментально-психологическое исследование требует анализа взаимодействия человека и окружающего. Левин подчеркивал, что человек всегда включен в окружающую его ситуацию, сама среда должна рассматриваться в ее отношении к действующему человеку. Характер этих отношений динамичен, зависит от структуры потребностей человека.

Однако проблему потребностей как двигателя человеческой деятельности Левин разрешает с идеалистических позиций гештальт-психологии. Потребность означает для него некую внутриспсихическую динамическую «заряженную» или «напряженную систему», стремящуюся к разрядке. В разрядке этой «напряженной» системы и состоит, по Левину, удовлетворение потребности. Он не видел общественно-исторической обусловленности потребностей, игнорировал их содержательный характер. Точно так же само понятие «психологическое поле» не означает для него реальное объективное окружение, оно является феноменальным миром, который является по существу отражением тех же напряженных систем. Раскрытие структуры динамических напряженных систем и их взаимоотношения с «психологическим полем» и должно, по мнению К. Левина, явиться объяснением волевого действия.

В этом взгляде К. Левина на природу волевого действия, которое является краеугольным камнем его учения, с особенной отчетливостью выявляются идеалистические взгляды К. Левина. Точно так же как он не видел общественной обусловленности потребности, он не усмотрел и того, что волевое действие, хотя оно и связано в своих истоках с потребностями, не вытекает непосредственно из них, а опосредуется сознанием человека.

Несмотря на методологические ошибки, теория К. Левина сыграла положительную роль в истории психологии. К. Левин ввел в психологические исследования новые параметры изучения человека: он показал, что можно сделать предметом экспериментального исследования потребности и мотивы человеческого поведения, его намерения и цели. Но особенно велика роль К. Левина и его школы в разработке экспериментальных приемов исследования в области психологии личности. Работы К. Левина и его учеников (Дембо, Малер, Карстен, Хоппе) позволяют экспериментально раскрыть отношения, существующие между личностью и средой и внутри самой личности. Сюда относятся проблемы, связанные с уровнем притязаний. К. Левин считал, что уровень притязаний формируется в процессе конкретной деятельности. В его формировании важнейшую роль играет влияние успеха и неуспеха; уровень притязаний является важным фактором в образовании личности, с ним связана самооценка, активность субъекта и сложная структура его аффективной жизни.

Методика «исследование уровня притязаний» заключалась в следующем: испытуемому предлагается ряд заданий (от 14 до 18), отличающихся по степени трудно-

сти. Все задания нанесены на карточки, которые расположены перед испытуемым в порядке возрастания их номеров. Степень трудности задания соответствует величине порядкового номера карточки.

Исследования, проведенные с помощью этой методики (Ф. Хоппе, М. С. Неймарк, Б. И. Бежанишвили, Е. А. Сребрякова), показали, что, как правило, испытуемые выбирают после успешных решений задания более сложные и, наоборот, после ряда неудачных решений обращаются к заданиям более легким. Качество выполнения задания влияет на выбор следующего задания.

Задания, которые предлагаются испытуемому, могут быть по своему содержанию весьма различны в зависимости от образовательного уровня и профессии испытуемых. Например, испытуемым-школьникам или студентам технических вузов можно предлагать математические задачи, студентам гуманитарных факультетов — задачи, требующие знаний в области литературы, искусства. Задания могут быть типа головоломок. Иными словами, содержание заданий должно соответствовать общему и образовательному уровню испытуемых. Только при этом условии у испытуемых выработается серьезное отношение к ситуации эксперимента — создается ситуация выбора.

Для проведения опыта необходимо заготовить карточки размером 12×7 см, на которых четко обозначены цифры от 1 до 14, и секундомер. Карточки раскладываются в два ряда.

№ 1			
			№ 14

После предъявления инструкции испытуемому предлагается выбрать задачу. После выполнения каждой последующей задачи экспериментатор предлагает каждый

раз испытуемому: «А теперь берите задачу какой хотите трудности». Экспериментатор фиксирует время решения задачи и после каждой задачи говорит: «Эту задачу вы выполнили в срок. Ставлю вам плюс» или же: «Вы не уложились в срок, ставлю вам минус». Испытуемому дается инструкция: «Перед вами лежат карточки, на обороте которых написаны задания. Номера на карточках означают степень сложности заданий. Задания расположены по возрастающей сложности. На решение каждой задачи отведено определенное время, которое вам не известно. Я слежу за ним с помощью секундомера. Если вы не уложитесь в это отведенное время, я буду считать, что задание вами не выполнено. Задания вы должны выбирать сами». Таким образом, испытуемому дается право самому выбирать сложность задания. Экспериментатор же может по своему усмотрению увеличивать или уменьшать время, отведенное на выполнение задания, тем самым произвольно вызывая у испытуемого переживание неудачи или удачи, показывать, что задание выполнено правильно, либо, ограничивая время, опровергать результаты. Только после оценки экспериментатора испытуемый должен был выбрать другое задание, более сложное или более легкое. Анализ экспериментальных данных показал, что выбор задания (по степени трудности) зависит от успешного или неуспешного выполнения предыдущего. Однако само переживание успеха и неуспеха зависит от отношения испытуемого к цели. Испытуемый всегда начинает работать с определенными притязаниями и ожиданиями, которые изменяются в ходе эксперимента. Совокупность этих притязаний, которые перемещаются с каждым достижением, Хоппе называет «уровень притязаний человека». Переживание достижения, как успеха или неуспеха, зависит, таким образом, не только от объективного достижения, но и от уровня притязания. При отсутствии уровня притязания достижение не переживается как успех или неуспех.

Исследования Хоппе показали, что после успешных решений уровень притязания повышается, испытуемый обращается к более сложным заданиям; после неуспеха уровень притязаний медленно понижается.

Работа Хоппе была первой попыткой экспериментальным путем исследовать условия формирования

уровня притязания под влиянием успешного или неуспешного решения задачи; за нею последовали другие работы.

Законы перемещения уровня притязания, которые установил Хоппе, были проверены в исследовании Юкнат «Достижение, уровень требования и самосознание». При помощи несколько измененной методики вместо отдельных задач, как у Хоппе, она создала серию лабиринтных задач. Первая серия (10 лабиринтных задач) гарантировала успех, т. е. испытуемый мог решить задачу — найти путь от начала до конца лабиринта. Это была «серия успеха». Во второй серии — «серия неуспеха» — все задачи (тоже 10 лабиринтных задач), кроме первой, были неразрешимы, т. е. путь лабиринта всегда вел в тупик.

Юкнат исследовала 2 группы испытуемых. Первая группа начинала работу с серии, которая гарантировала успех, вторая группа начинала со второй серии. Оказалось, что испытуемые, начинавшие с серии «успеха», начинали вторую серию с более трудных задач и, наоборот, испытуемые, которые выполняли сначала задания серии «неуспеха», начинали работу с легких. Юкнат пыталась показать, что формирование уровня притязаний связано с предыдущим опытом.

Однако и у нее, как и у Хоппе, «уровень притязаний» оказался совершенно изолированным от реального воздействия тех содержательных отношений, продуктом которых он является.

В исследованиях наших советских авторов была сделана попытка показать зависимость уровня притязаний от содержания деятельности. К таким исследованиям принадлежат работы Е. А. Серебряковой и М. С. Неймарк.

Взяв за основу методику Хоппе, Е. А. Серебрякова попыталась установить роль успешности выполняемой деятельности и оценки окружающих в формировании самооценки и уверенности в себе. Если Хоппе в своей методике предельно абстрагировался от реальных жизненных условий, то Е. А. Серебрякова стремилась максимально приблизиться к ним. В результате своего исследования Е. А. Серебрякова показала, что формирование уверенности в себе зависит от вида самооценки. Она установила следующую корреляцию между ними.

1. Устойчивая адекватная самооценка — дети со сложившейся самооценкой.

2. Неадекватные в себе
3. Неадекватные в себе
4. Неадекватные в себе
самооценки
Кроме того
ных групп
фективных
связанных
трудностям
Е. А. Серебряковой
характера
оценок и уверенности
реальным в этих условиях
Обе эти группы
марк «Психология
школьников
то, что по мере
чинает влиять на
реакцию на успех
сока и дает
становится
марк делает
притязаний
определенно
Задачей исследования
отношения между
результате исследования
1. Учащиеся, которые
успех (огорчение
успехе).
2. Учащиеся, которые
(после неуспеха)
еще более трудных
грубили).
3. Учащиеся, которые
нижение притязаний
4. Учащиеся, которые
неуспехе дети
М. С. Неймарк
заний от материальной
ной реакции

2. Неадекватная пониженная самооценка — неуверенные в себе дети.

3. Неадекватная повышенная самооценка — самоуверенные дети.

4. Неустойчивая самооценка — дети с несложившейся самооценкой.

Кроме того, Е. А. Серебрякова обнаружила у различных групп школьников проявление различного типа аффективных реакций на успех и неуспех. Однако вопросы, связанные с эмоциональным отношением учеников к трудностям в работе, не стали предметом исследования Е. А. Серебряковой. Она ограничилась установлением характера самооценок, но вопрос о соотношении самооценок и уровня притязаний также остался не рассмотренным в этой работе.

Обе эти проблемы были изучены в работе М. С. Неймарк «Психологический анализ эмоциональных реакций школьников на трудности в работе». Автор указывает на то, что по мере формирования самооценки она сама начинает влиять на поведение ребенка и определяет его реакцию на воздействия взрослых. Если эта оценка высока и дает ребенку почетное место в коллективе, то она становится в конце концов потребностью. Отсюда Неймарк делает вывод о соотношении самооценки и уровня притязаний. «Уровень притязаний — есть потребность в определенной удовлетворяющей человека самооценке». Задачей исследования было изучение эмоционального отношения детей к своим успехам и неудачам. В результате испытуемые разделились на 4 группы.

1. Учащиеся с адекватной реакцией на успех и неуспех (огорчение при неудаче и удовлетворение при успехе).

2. Учащиеся с неадекватной реакцией на неуспех (после неуспешного решения задачи дети брались за еще более трудные, обижались на экспериментатора, грубили).

3. Учащиеся с неадекватной реакцией на успех (понижение притязаний после достижения успеха).

4. Учащиеся, уходящие от трудностей (при первом неуспехе дети отказывались от участия в эксперименте).

М. С. Неймарк показала зависимость уровня притязаний от материала эксперимента, природу эмоциональной реакции в острой ситуации и вплотную подошла к

проблеме соотношения уровня притязаний и самооценки.

Таким образом, исследования Е. А. Серебряковой и М. С. Неймарк показали пригодность использования методики Хоппе для исследования формирования отношения личности школьника.

Данная методика оказалась пригодной для исследования изменений эмоционального состояния больных.

Уже работами сотрудников В. Н. Мясищева были выявлены с помощью этой методики особенности личности у детей-истериков (Р. И. Меерович и К. М. Кондратская).

В нашей лаборатории с помощью разных вариантов описанной методики было проведено исследование формирования уровня притязаний у больных различными формами психических заболеваний (Б. И. Бежанишвили). В качестве экспериментальных задач испытуемым предлагались задачи, выполнение которых могло восприниматься как показатель некоторого «культурного уровня». Задачи типа арифметических или другого специального круга должны были быть отвергнуты, так как у многих людей не вырабатывается по отношению к ним уровня притязаний.

Всего заданий было 24 (по 2 карточки для каждой сложности). Приводим примерный «набор» заданий.

1. Написать 3 слова на букву «Ш».
2. Написать 3 слова на букву «Н».
- 2а. Написать названия 4 животных на букву «Л».
- 2б. Написать 4 названия фруктов на букву «А».
3. Написать названия 5 городов на букву «Л».
- 3а. Написать 6 имен на букву «П».
4. Написать 6 имен на букву «А».
- 4а. Написать названия 6 государств на букву «И».
5. Написать 3 названия цветов на букву «Р».
- 5а. Написать 5 названий станций метро на букву «К».
6. Написать 6 животных на букву «К».
- 6а. Написать 20 слов на букву «С».
7. Написать 5 названий цветов на букву «Г».
- 7а. Написать, какие части света начинаются на букву «А».
8. Написать 4 названия деревьев на букву «О».
- 8а. Написать названия 15 городов на букву «М».
9. Написать названия 10 городов на букву «А».
- 9а. Написать названия 5 фильмов на букву «М».
10. Написать фамилии 5 писателей на букву «С».
- 10а. Написать фамилии 5 известных советских киноартистов на букву «Л».
11. Написать фамилии четырех композиторов на букву «С».

11а. Написать фамилии известных русских композиторов, художника, писателя на букву «Р».

12. Написать фамилии 7 французских художников.

12а. Написать фамилии 5 известных русских художников на букву «К».

Данные экспериментов, проведенных на здоровых испытуемых, подтвердили результаты исследований Хоппе и Е. А. Серебряковой. Выбор задания у здоровых испытуемых зависел от успешного или неуспешного выполнения предыдущих заданий. Исходный уровень притязаний был различным; у некоторых испытуемых все поведение было осторожным, «ощупывающим»; у других — более или менее высокий уровень притязаний вырабатывался сразу, «как бы с ходу». Однако зависимость выбора задания от качества выполнения предыдущего была очевидна. Эта зависимость была часто не прямой, но ситуация выбора всегда выступала.

Совершенно иные результаты были получены при исследовании этой методикой больных шизофренией (простая форма) с вялым течением процесса. По данным Б. Бежанишвили, у 26 из 30 больных не было обнаружено зависимости выбора задания от успешного или неуспешного предыдущего решения. Уровень притязаний не формировался у них; не вырабатывалась и адекватная самооценка своих возможностей. Высказывания больных не носили сколько-нибудь эмоциональной окраски; больные не обнаруживали огорчения, даже когда экспериментатор подчеркивал их неудачи.

Совершенно иная картина выявляется при исследовании «уровня притязаний» психопатов. Уровень притязаний у них очень быстро сформировался, и, как правило, он был довольно высоким. Однако он отличался хрупкостью, нестойкостью: при малейшей неудаче он снижался и точно так же быстро повышался при удачных решениях.

При исследовании этой методикой психопатических личностей выявлялась еще одна их особенность: их аффективная взрывчатость. Больные быстро раздражались, их настроение понижалось; они становились мрачными, злобными, иногда рвали листы бумаги с условиями задания, обесценивали их: «глупые задания».

Однако в процессе дальнейшей работы выявились методические недостатки схемы методики «исследования

уровня притязаний» в том виде, как она применялась Б. Бежанишвили. В дипломной работе Н. К. Калиты показано, что применение вопросов, выявляющих якобы «общесобразовательный уровень», не надежно, так как вопросы, предложенные Бежанишвили, объективно не имеют основания, по которому мы могли бы судить о степени их большей или меньшей сложности для испытуемого. Оказалось, что для некоторых испытуемых ответ на билет № 8 (написать четыре названия деревьев на «О») значительно труднее, чем ответ на билет № 10 (написать фамилии пяти писателей на букву «С»). Таким образом, не было четкой градации сложности вопросов. В связи с этим эксперимент был трудно управляем. Эксперимент был задуман таким образом, что экспериментатор мог искусственно регулировать время решения заданий, а следовательно, «произвольно» включать успех и неуспех. Однако регуляция времени должна была быть в разумных пределах, чтобы испытуемый этого не заметил. Объем же знаний испытуемых по тем разделам, которые были затронуты в вопросах, был различным: испытуемые иногда успевали очень быстро решить задачи № 10 или 11, не выполнив при этом более легкие. Поэтому оценка экспериментатора теряла свое значение для испытуемого. На первый план выступала его самооценка.

Н. К. Калита пришла к выводу о необходимости найти более объективные градации сложности заданий. Она внесла следующую вариацию в методику эксперимента. Испытуемым предлагались пары картинок, которые отличались друг от друга количеством элементов (типа проб на внимание). Испытуемые должны были найти различия между ними. Было составлено 12 пар заданий, расположенных по возрастающей степени трудности. Критерием сложности служило количество различий между двумя картинками и время, которое было нужно нормальному испытуемому для их нахождения (от 15 сек. до 3 мин.). Испытуемому говорилось, что исследуется его внимание.

Подобная модификация методики позволила Н. Калите выявить следующее.

1. Формирование уровня притязаний зависит не только от оценки экспериментатора, но и от самооценки испытуемого.

2. Уровень притязаний не образуется в тех случаях, когда у испытуемого формируется «деловое» отношение к эксперименту, когда мотивом для него становится стремление познакомиться с задачами.

Все эти данные приводят нас к следующему выводу: для того чтобы эксперимент мог выявить самооценку и уровень притязаний человека, он должен быть так смоделирован, чтобы он мог вызвать не только направленность на содержание задачи, но и способствовал формированию отношения к экспериментальной ситуации и к экспериментатору.

Методика «исследование уровня притязаний» оказалась продуктивной и для исследования больных сосудистыми заболеваниями головного мозга. Реакции больных в начале эксперимента адекватны. Больные пытались испробовать «свои силы», повышали требования к себе после удачных решений заданий и обращались к более легким после неудачных решений (но эти колебания не были резкими). Однако постепенно, к концу эксперимента, больные истощались, становились несколько растерянными; вместе с тем они часто не хотели обнаружить свою несостоятельность. В результате выбор заданий больными становился немотивированным: «я сам не знаю, что мне брать, скажите сами», «какую вы мне посоветуете?» и т. д. Больные как бы перекладывают ответственность за выбор на экспериментатора. Нередко больные отказываются от дальнейшей работы: «я устал».

Особый интерес представляют результаты, полученные с помощью описанной методики при исследовании эмоционально-волевой сферы детей-олигофренов. Как показали исследования Л. Балакиревой, у детей-олигофренов само формирование уровня притязаний выявляет несколько иную структуру. У большинства олигофренов уровень притязаний не был адекватен самооценке. Несмотря на успешное выполнение задания, дети выбирали менее сложные задачи и, наоборот, длительные неудачи при выполнении заданий не приводили к снижению уровня притязаний. Косность их эмоциональных реакций обнаруживалась в этом эксперименте. Дети-олигофрены с трудом меняли свой уровень.

Вместе с тем исследование обнаружило и другую особенность, а именно чрезмерную чувствительность к неуспеху. Малейшее порицание экспериментатора при-

водило к катастрофическому падению уровня притязаний. Дальнейшие успешные решения не приводили к его повышению. Выявилась особая «ранимость» детей-олигофренов к оценке экспериментатора.

Данный факт указывает на своеобразное сочетание инертности и неустойчивости эмоционально-волевой сферы олигофренов и свидетельствует о незрелости и недостаточной дифференцированности их личности.

Это парадоксальное сочетание инертности, косности психических процессов с их неустойчивостью является, пожалуй, одной из характерных особенностей личности олигофрена.

* *
*

Адекватным приемом для исследования патологически измененной личности оказалась методика «исследования психического пресыщения», предложенная ученицей К. Левина А. Карстен. Она направлена на исследование возможности удержания и восстановления побуждения к выполнению какого-нибудь монотонного задания.

Испытуемому предлагается выполнить такое задание, как, например, рисовать черточки или кружки. (При этом перед испытуемым лежит большая стопка листов.)

Испытуемому дается инструкция: «Чертите, пожалуйста, черточки вот так: (экспериментатор чертит несколько одинаковых черточек или кружочков 0 0 0 0 0). Если испытуемый спрашивает, сколько же ему надо чертить, экспериментатор отвечает неопределенно бесстрастным голосом: «Сколько вам захочется, вот перед вами лежит бумага».

Исследования, проведенные А. Карстен и М. Соловьевым, показали, что вначале испытуемые довольно аккуратно выполняют предложенное им задание; однако спустя короткое время (5—10 мин.) они начинают приносить в задание *вариации*, т. е. незаметно для себя испытуемый меняет его. Эти вариации носят характер изменения внешней структуры задания: черточки или кружочки становятся меньше или больше, испытуемые меняют темп работы или чертят в определенном ритме (например, 00 000 00 000). Иногда испытуемые прибегают к «сопроводительным» действиям: они начинают напевать, насвистывать, постукивать ногами. Эти вариации

свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению заданного действия начинает иссякать, наступает, как выражается А. Карстен, явление «психического пресыщения».

По мнению Карстен, подобные явления, т. е. появление вариаций в задании, не только свидетельствуют о том, что побуждение к выполнению задания начинает иссякать; вариации носят в известной мере характер профилактических действий; изменение в структуре заданного действия дает возможность продолжать его.

Экспериментатор тщательно записывает спонтанные высказывания испытуемого, характер его реакций, его мимику, выразительные движения. При этом он фиксирует время появления новых вариаций.

Спустя некоторое время (обычно 20—30 мин.), когда учащаются вариации и их проявление носит выраженный («грубый») характер, дается новая инструкция: «Это монотонное задание Вам было предложено для того, чтобы исследовать Вашу выдержку. Продолжайте, если хотите, Вашу работу».

Реакция испытуемых на новую инструкцию различна. Некоторые испытуемые сердятся: «Что же Вы мне раньше не сказали» и бросают работу. У других же новая инструкция приводит к новому осмыслению ситуации. «Ну, тогда другое дело» — часто слышится в ответ.

Такое новое осмысление задания часто приводит к тому, что вариации становятся реже, менее выраженными, а иногда и совсем исчезают. После новой инструкции экспериментатор тщательно записывает реакцию и высказывания испытуемого, отмечает, как и раньше, время наступления и характер вариаций. Время прекращения опыта заранее не установлено. Как правило, испытуемые сами прекращают работу: «Не могу больше». Но иногда некоторые из них сами не склонны прекратить ее, потому что нередко испытуемые меняют для себя смысл задания, вернее придают ему его. Об этом свидетельствуют как спонтанные высказывания, так и самоотчет испытуемых. «Я хотел посмотреть, кому скорее надоест, вам (т. е. экспериментатору) или мне», или «Я хотел проверить себя, как долго я могу заниматься этим скучным делом».

При проведении этого исследования со здоровыми взрослыми и детьми было обнаружено, что через некото-

рое время испытуемые вносят вариации в монотонное задание: эти вариации заключаются в изменении самой деятельности, — кружочки превращаются в «мордочки», приделываются ушки, волосы, возникают паузы в работе, сопутствующие действия. Ребенок начинает напевать, насвистывать. Ребенок как бы пресыщен монотонной работой и старается изменить для себя ее смысл. Вариации представляют собой временный «уход» от работы, который реализуется в переходах к деятельности, близко лежащей к основной. И. М. Соловьев назвал этот уход (т. е. вариации), вслед за А. Карстен, «эквивалентом ухода от работы». Чем тоньше такие эквиваленты, тем более они свидетельствуют о гибкости поведения ребенка.

При проведении этого опыта с умственно отсталыми детьми оказалось, что они выдерживают задание так же длительно, как и здоровые дети, следовательно, работоспособность может оказаться и ненарушенной.

Однако протекание самого процесса пресыщения обнаруживает особенности, которые заключаются в полярности их реакций.

С одной стороны, у умственно отсталых детей наблюдаются грубые формы вариаций, длинные паузы, временные уходы от работы при длительной выдержке и выносливости (в отношении именно этого монотонного задания); с другой стороны, дети-олигофрены быстро бросают надоевшую работу, не привнося в нее никаких вариаций, не изменяя ее.

Подобная полярность, которая отмечается и в повседневном поведении олигофренов, свидетельствует о незрелости их намерений.

Этот методический прием оказался очень продуктивным для выявления личностных особенностей больных эпилепсией. Оказалось, что они не только длительное время выдерживают монотонное задание, но и мало варьируют.

Особенно интересной оказалась реакция больных на вторую инструкцию. Если у здоровых испытуемых, взрослых и детей, вторая инструкция придавала новый смысл всей экспериментальной ситуации, то у больных эпилепсией и детей-олигофренов такого переосмысления не наступало. Таким образом, приведенные приемы показали,

что у детей с
смысловыми
Интерес
ве III). Сильн
ных с нару
с больными
метить, что
рее. В то вр
пают в сред
появляются
римент обна
ских процесс
Мы остан
из экспериме
изменений б
дований, так
танным в ме
требующим б
стерства со с

За послед
ты изучения
ных: сопоста
умственной не
тальным пут
приема приде
ла очень инте
зываемую «в
больных.

Известный
понятие «внут
понимал «все
всю массу ег
ных, но и
представление
что связано д
огромный вну
весьма сложн
ций, аффектов
травм». Он ук

что у определенной группы больных нарушается процесс смыслообразования.

Интересные результаты, как говорилось выше (в главе III), были получены с помощью этой методики у больных с нарушением работоспособности. Экспериментируя с больными с травмами головного мозга, мы могли отметить, что пресыщение наступает у них гораздо быстрее. В то время как у здоровых людей вариации наступают в среднем спустя 10 мин., у травматиков вариации появляются спустя 2—3 мин.; характер их грубее. Эксперимент обнаруживает быструю затухаемость психических процессов больного.

Мы остановились несколько подробнее на последнем из экспериментальных путей исследования личностных изменений больных и приводили данные частных исследований, так как этот путь является наименее разработанным в методическом отношении и наиболее сложным, требующим большого экспериментального опыта и мастерства со стороны экспериментатора.

* *
*

За последнее время наметились еще некоторые аспекты изучения личностных особенностей психически больных: сопоставление жалоб больных в отношении своей умственной недостаточности с выявленными экспериментальным путем особенностями. Такого методического приема придерживается В. В. Костикова, которая сделала очень интересную попытку проанализировать так называемую «внутреннюю картину болезни» у психически больных.

Известный советский терапевт Р. А. Лурия выдвинул понятие «внутренней картины болезни», под которым он понимал «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм». Он указывал, что поведение и психика человека

меняется с того момента, как он узнает о своем заболевании.

Р. А. Лурия говорит о значении изучения «внутренней картины болезни» при соматических заболеваниях. Несомненно, что ее роль возрастает при психических заболеваниях. С полным правом автор указывает, что сравнение субъективного и объективного анамнеза в истории болезни помогает установить, есть ли у больного сознание болезни, насколько адекватно он оценивает тяжесть своего состояния, какие переживания связаны у него с болезнью. Не менее показательным является сопоставление жалоб больных с результатами экспериментально-психологического исследования. Ситуация экспериментального исследования является для больного личностно-значимой ситуацией. И поэтому отношение больного к ней, эмоциональная реакция на факт «исследования способностей» является характеристикой личности больного.

В. В. Костикова сделала попытку сопоставить результаты экспериментально-психологического исследования с жалобами больных. Больным с разными заболеваниями предлагался ряд стандартных вопросов, направленных на выявление их жалоб и мнения о причинах заболевания (примеры вопросов: «В чем проявляется ваша болезнь?», «Что вы считаете причиной своего заболевания?»). Затем проводилось обычное экспериментально-психологическое исследование больных с применением ряда экспериментальных методик (классификация предметов, пиктограмма, заучивание 10 слов, передача переносного смысла пословиц, счет и др.).

Сопоставление жалоб больных с экспериментальными и клиническими данными позволило В. В. Костиковой выявить разные виды соотношений между ними. В одних случаях наблюдается грубая нескритичность: больные не видят, не могут оценить признаки собственного слабоумия. У некоторых больных, которые в беседе производят впечатление совершенно нескритичных, экспериментальное исследование помогает выявить элементы критики. Они проявляются в нестойкой, но все же активной позиции личности. Вместе с тем имеются случаи пассивного сознания болезни — без влияния на позицию больного в жизни. Во многих случаях при доступности более или менее правильной оценки болезни больной неверно

говорит о
«диссиму-
двойную при-
компенсацию
ся с болезнью
больной дис-
вания, стрем-
действовать

Характер
эксперимент
мент, искусст
цию, помогае
личности хар
ния, к своей

Какова б
менгальном
в какой-то за
вует об извест

Проблему
двигают псих
вания лично
Они с полны
потребностей
этой позиции
имеют прини
психологии.

За послед
лиз данных
психического
дневников,
недостаточн
квалификац
тов в поняти
ла бы во м
стей, мотивс
зофрения, э
ный анали
Б. С. Брату

Особенно
ных особен
фармаколог

говорит о ней врачу. Это обозначается часто понятием «диссимуляции», но такая диссимуляция может иметь двойную природу: в одних случаях больной, стремясь к компенсации дефекта, не говорит о нем, пытаясь бороться с болезнью, приспособиться к жизни. В других — больной диссимулирует, скрывая болезненные переживания, стремясь по бредовым мотивам выписаться и действовать в направлении бредовых идей.

Характеристика такой личностной позиции в условиях экспериментального исследования важна, ибо эксперимент, искусственно создавая личностно-значимую ситуацию, помогает тем самым вскрыть типичный для данной личности характер отношений к врачу, к ситуации лечения, к своей болезни в целом.

Какова бы ни была позиция личности при экспериментальном исследовании (если только она проявляется в какой-то заинтересованности), она всегда свидетельствует об известной сохранности личности.

Проблему позиции личности за последнее время выдвигают психологи, занимающиеся проблемой формирования личности ребенка (Л. Н. Божович, Л. С. Славина). Они с полным правом показывают, что формирование потребностей человека связано с наличием и осознанием этой позиции. Поэтому исследования измененной позиции имеют принципиальное значение и для вопросов общей психологии.

За последнее время наметился еще один путь — анализ данных историй болезни. Эти данные, т. е. описания психического статуса, данные анамнеза, катамнеза, дневников, являются ценнейшим материалом, который недостаточно используется психологами, а между тем квалификация многих описываемых клиницистами фактов в понятиях современной психологической науки могла бы во многом помочь анализу структуры потребностей, мотивов, столь измененных у многих больных (шизофрения, эпилепсия, хронический алкоголизм). Подобный анализ проводится сейчас во многих работах: Б. С. Братуся, Л. В. Болдаревой, М. М. Коченова.

* * *

Особенно ценным оказалось для выявления личностных особенностей сочетание психологических методик с фармакологическими пробами.

В этом направлении проводятся исследования С. Я. Рубинштейн. Указывая на возможность применения экспериментального метода в исследовании психопатологических явлений, автор говорит, что наиболее реальными и адекватными задачам психиатрии являются следующие пути построения экспериментальных приемов: 1) варьирование ситуации, в которой оказывается больной; 2) варьирование деятельности, которой больной должен заниматься, и 3) варьирование состояния больного путем экспериментальных лекарственных воздействий. Возможно и очень продуктивно сочетание этих приемов.

С. Я. Рубинштейн показала, что изменчивость состояния больных, податливость влиянию лекарственных воздействий может служить существенным критерием эффективности терапии. Автор разработал набор методических приемов, позволяющих вести такое исследование; этот раздел работы является весьма перспективным для изучения патологии личности.

Перечисленные пути исследования личностных изменений не являются единственными. Анализ столь сложной проблемы должен проводиться в разных аспектах и направлениях. Однако основой для этих исследований должны быть положения современной материалистической психологии.

СООТН

Проблема
к числу наим
однако, боль
хологии, для
ности челове

Правильн
орудием в б
психиатрии
проблемы за
вить матери
логических с

Г. Е. Сух
мость эволю
шении теор
ский, удели
созревания
вильного ос
данных о р
когда речь
генетически
может быть
человеку за
сто законом
тия. Продол
онтьев гово

ГЛАВА VII

СООТНОШЕНИЕ РАСПАДА И РАЗВИТИЯ ПСИХИКИ

Проблема распада и развития психики принадлежит к числу наименее разработанных вопросов, имеющих, однако, большое значение для теории психиатрии и психологии, для понимания строения психической деятельности человека, закономерностей ее развития.

Правильное освещение этого вопроса может служить орудием в борьбе с биологизаторскими тенденциями в психиатрии и психологии. Практическое значение этой проблемы заключается в том, что она может представить материал для квалификации и анализа психопатологических синдромов.

Г. Е. Сухарева неоднократно указывала на необходимость эволюционно-биологического подхода при разрешении теоретических вопросов психиатрии. Л. С. Выготский, уделивший много внимания проблеме развития и созревания психики ребенка, подчеркивал, что для правильного освещения этой проблемы необходимы знания данных о распаде психики. Он указывал при этом, что когда речь идет о развитии и созревании человека, то генетический подход, который применим к животным, не может быть просто продолжен, так как при переходе к человеку законы биологической эволюции уступают место закономерностям общественно-исторического развития. Продолжая концепцию Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьев говорит о том, что развитие человека заключается

не в приспособлении к окружающей среде, а в усвоении всего того, что накоплено человечеством.

Возникает вопрос о том, может ли проблема соотношения распада и развития психики решаться в психологии так же, как и в биологии.

Как известно, исследованиями в области патологической анатомии и цитоархитектоники установлено, что при болезнях мозга прежде всего поражаются молодые, т. е. филогенетически наиболее поздно развившиеся образования коры головного мозга (Герстман, М. О. Гуревич, Мискольчи, П. Е. Снесарев, Фогт).

Экспериментальные исследования И. П. Павлова и его сотрудников на животных подтверждают положение о том, что при патологии раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, приобретенные условные рефлексы разрушаются при болезнях мозга значительно легче, чем безусловные. Дальнейшими исследованиями в области физиологии высшей нервной деятельности установлено, что поражение более поздних в филогенетическом отношении образований влечет за собой ослабление их регулирующей роли и приводит к «высвобождению» деятельности более ранних.

Из этих положений нередко делается вывод, что при некоторых болезнях мозга поведение и действия человека совершаются на более низком уровне, соответствующем якобы определенному этапу детского развития. Исходя из концепции о регрессе психики душевнобольного человека на более низкий в онтогенетическом отношении уровень, многие исследователи пытались найти соответствие между структурой распада психики и определенным этапом детства. Так, еще в свое время Блонский и Кречмер сближали мышление больных шизофренией с мышлением ребенка в пубертатном возрасте. И в настоящее время американские авторы Пинкертон и Келли указывают, что у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга наступает утрата способности к абстракции, напоминающая картину развития этой способности у детей (но в обратном порядке), бельгийский психиатр Жерер (1957) проводит аналогию между мышлением больных паранойей и мышлением ребенка, используя при этом положение Пиаже о различных стадиях развития.

Выступавший на 18-м Международном конгрессе пси-

хологов известный швейцарский ученый Ажурнагерра тоже отстаивал точку зрения о регрессе психической деятельности душевнобольного человека на онтогенетически более низкий уровень развития.

В основе этих взглядов лежит идея о послойном, поэтапном распаде психики от ее высших форм к низшим. Материалом, питающим эти представления, были следующие наблюдения:

1) при многих заболеваниях психики больные перестают справляться с более сложными видами деятельности, сохраняя при этом простые навыки и умения;

2) некоторые формы нарушений мышления и способов поведения больных по своей внешней структуре действительно напоминают мышление и поведение ребенка на определенном этапе его развития.

Однако при ближайшем рассмотрении эти наблюдения оказываются несостоятельными. Прежде всего далеко не всегда при болезни обнаруживается распад высших функций. В клинике нервных болезней наблюдаются нередко нарушения элементарных сенсомоторных актов, создающие основу для сложных картин болезни.

Ближайшее рассмотрение второй группы фактов (сближающих формы мышления и действий взрослых больных и детей на определенном этапе развития) тоже показывает, что речь идет в этих случаях лишь о внешней аналогии.

Рассмотрим некоторые из этих фактов. Прежде всего следует остановиться на нарушениях навыков; поскольку онтогенетическое формирование их выступает особенно четко. Мы приводим интересные данные из работы С. Я. Рубинштейн, которая исследовала распад различных навыков: письма, чтения, привычных действий у психически больных позднего возраста. Она выявила, что при разных заболеваниях структура этих нарушений различна. При одних заболеваниях (например, сосудов головного мозга без очаговой симптоматики) наблюдались дискоординация, прерывистость действий и параксии; движения больных становились неловкими, больные промахивались, выполняя какое-нибудь привычное действие. С. Я. Рубинштейн отмечает, что дискоординация наступает из-за огрубевшей и запаздывающей корковой коррекции движений.

У больных, страдающих болезнью Альцгеймера (ат

рофическое заболевание головного мозга), выявляется потеря двигательных стереотипов (письма, чтения); С. Я. Рубинштейн указывает, что для этой группы больных характерно выпадение сложных человеческих умений, обусловленное потерей прошлого опыта. Никаких компенсаторных механизмов у них выявить не удалось, в то время как нарушения навыков у больных сосудистыми заболеваниями мозга выступали «в обрамлении» компенсаторных механизмов (которые, в свою очередь, усложняли картину нарушений).

Все эти данные показывают, что распад навыков носит сложный характер. В одних случаях его механизмом является нарушение динамики, в других случаях — нарушения компенсаторных механизмов, в некоторых случаях нарушается сама структура действия.

Как правильно отмечает С. Я. Рубинштейн, при всех этих формах нарушений навыков не был обнаружен механизм действия, напоминающий этап развития навыков у ребенка.

К этому же выводу приводит анализ приведенных в главе V различных форм нарушений мышления. Обратимся к тем формам патологии мышления, которые были нами обозначены как «снижение уровня обобщения». Больные (в основном с грубыми органическими поражениями мозга) могли действительно в своих суждениях и действиях напоминать детей младшего школьного возраста. Они не могли выполнить ряд интеллектуальных операций на таком уровне отвлечения и обобщения, который составляет основу нормального мышления. В суждениях подобных больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Экспериментально это находит свое выражение в том, что при выполнении ряда экспериментальных заданий, как «классификация предметов», они начинают руководствоваться конкретно-ситуационными признаками и свойствами предметов (медведь, лиса объединяются на основании того «что эти животные живут в лесу», а кошка и коза — «эти живут дома». Овощи и фрукты объединяются в одну группу не потому, что они представляют собой группу «растений», а потому, что «их продают в магазине» и т. д.). Понятийные обобщенные формы систематизации понятий заменяются конкретными, ситуационными связями.

При этом
тожить, что
со снижением
ной мере м
опираются
действие на
не владеют
Однако
качественно
от мышления
в состоянии
при выполн
него отнош
владеет хот
торыми он
знаний, шир
новые понят
Круг ассоци
стро расшир
степенно ув
ние ребенка
малую част
деятельност
благодаря
нию с окру
различные
рует их. Ре
ально всегд
ной не об
вый матери
ря на внеш
слабоумно
чественно
Нередко
ским состо
каемостью
ные с «отк
вать в на
направле
леблется. Д
му не адр
его сторон
больного.

При поверхностном анализе можно было бы предположить, что особенности нарушения мышления больных со снижением уровня обобщения напоминают в известной мере мышление детей-дошкольников, которые тоже опираются при необходимости выполнить умственное действие на частные образно-чувственные связи, которые не владеют абстрактными понятиями.

Однако при более глубоком анализе вскрывается качественное отличие мышления слабоумного больного от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной не в состоянии овладеть системой новых связей, установить при выполнении умственных заданий непривычные для него отношения между предметами, в то же время он владеет хотя бы запасом прежних знаний, навыков, которыми он оперирует. Ребенок же, не обладая запасом знаний, широким кругом ассоциаций, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Круг ассоциаций ребенка в процессе его обучения быстро расширяется, его знания об окружающем мире постепенно увеличиваются и усложняются. Хотя мышление ребенка тоже несовершенно и охватывает тоже лишь малую часть явлений, однако в ходе практической жизнедеятельности ребенка оно постоянно совершенствуется; благодаря мощному ориентировочному рефлексу, общению с окружающим ребенок быстро усваивает самые различные знания о предметах, накапливает и синтезирует их. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Последний не в состоянии усвоить новый материал, использовать свой прежний опыт. Несмотря на внешнее сходство структуры мышления взрослого слабоумного больного и ребенка, она по существу качественно противоположна.

Нередко проводится аналогия между тем патологическим состоянием, которое может быть названо «откликаемостью» и отвлекаемостью маленького ребенка. Больные с «откликаемостью» не в состоянии стойко действовать в направлении намеченной цели. Их ассоциации направлены, уровень их умственных достижений колеблется. Любой объект, любой раздражитель, к больному не адресованный, вызывает повышенную реакцию с его стороны. В наших прошлых работах мы описали больного, который, войдя в столовую отделения, заявил,

что «он пришел в ресторан покутить», и тут же утверждал, что он находится в помещении мастерской для часов (в это время сотрудник больницы стал заводить стенные часы). Спустя минуту больной заявил, что он в больнице. Больные, безучастно лежавшие на своих кроватях, не вступавшие в общение ни с другими больными, ни с персоналом, вдруг откликались на вопрос или реплику, адресованные к другим.

Подобная «откликаемость» взрослых больных является отклонением от нормального поведения. В окружающей нас среде всегда имеются объекты, на которых мы не фиксируем нашего внимания. Нормальный мыслительный процесс предполагает умение отбирать нужные раздражители и возможность отвлечения от посторонних, нарушающих стройное течение мысли. У наших же больных любой объект может выступить в качестве сигнального раздражителя и направить их мысли и действия.

Подобная «откликаемость» взрослых больных может напоминать отвлекаемость детей младшего возраста, которые тоже отвлекаются на любые раздражители и внимание которых привлекает любой объект. Сторонники взгляда, что болезненные явления представляют собой регресс на более ранние ступени развития, могли бы, казалось, найти в этом феномене подтверждение своих взглядов. В действительности же генез отвлекаемости ребенка совершенно иной. В ее основе лежит усиленный ориентировочный рефлекс, т. е. высокая степень бодрствования коры, поэтому отвлекаемость ребенка обогащает его умственную деятельность; она дает ему возможность образовать большое количество временных связей, из которых вырастает потом человеческая целенаправленная деятельность. «Откликаемость» же больных, являющаяся следствием снижения бодрствования коры, не только не обогащает их умственную деятельность, но, наоборот, способствует разрушению ее целенаправленности. Не случайно этот феномен «откликаемости» выступает у них в сочетании с другими проявлениями повышенной тормозимости коры головного мозга: снижением памяти, парафазиями и пр.

И, наконец, можно было бы провести аналогию между поведением некритичного больного (например, больного прогрессивным параличом) и беззаботным поведением ребенка.

Однако в
внешней среде
отношения
го объема
действий; при
лениями для
вия кажутся
так. Цели, ко
не включен
однако эта о
существует, все
стью (пусть
мотивирован
ровочного ре
его действи
циями.
Иначе об
ностью мыш
ный материа
ных недоста
новками и
нестойкой
оценка свои
рующая ро
Таким об
лишь внеш
на определе
Вместе
деятельност
по внешнем
стями мыш
какие предс
или «искаж
на одном э
При «ра
ружить объ
по существу
ют своего о
ни орудием
Подобны
бенка. Как
да направле
был ребен

Однако и в данном случае речь идет лишь о чисто внешней аналогии. Поведение маленького ребенка в том отношении бездумно, что он не может в силу маленького объема своих знаний предусмотреть результат своих действий; причинно-следственные отношения между явлениями для него еще не выступают, поэтому его действия кажутся бесцельными. В действительности это не так. Цели, которые преследует ребенок, ограничены, они не включены в более общую сложную цепь отношений; однако эта ограниченная цель у маленького ребенка существует, всякое его действие обусловлено потребностью (пусть элементарной) и в этом смысле оно всегда мотивировано, целенаправлено. Из-за мощного ориентировочного рефлекса эти цели быстро меняются, поэтому его действия кажутся кратковременными манипуляциями.

Иначе обстоит дело у взрослых больных с не критичностью мышления. Как показывает наш экспериментальный материал и клинические наблюдения, действия больных недостаточно обуславливались личностными установками и намерениями. Цель их действия становилась нестойкой и не направляла их действия, критическая оценка своих действий отсутствовала, снижалась регулирующая роль речевой системы.

Таким образом, и эти формы нарушения поведения лишь внешне напоминают структуру поведения ребенка на определенном этапе его развития.

Вместе с тем исследование распада мыслительной деятельности выявляет такие формы, которые даже по внешнему проявлению не имеют аналогии с особенностями мышления ребенка. Такие особенности мышления, какие представляют собой «разорванность мышления» или «искажение уровня обобщения», не встречаются ни на одном этапе детства.

При «разорванности» мышления трудно бывает обнаружить объект мысли. С помощью своей речи больные по существу ничего не сообщают слушателю, не выявляют своего отношения к другим людям, речь не является ни орудием мысли, ни средством общения.

Подобные особенности не свойственны мышлению ребенка. Как бы бессвязна ни была речь ребенка, она всегда направлена на какой-то объект. Как бы отвлекаем ни был ребенок, его лепет всегда адресован к какому-то

предмету, его речь всегда выявляет отношение ребенка к окружающему, она адресована к находящимся в его окружении людям. Исследованиями советских психологов доказано, что и в своей так называемой эгоцентрической речи ребенок выражает свои мысли и желания, его речь всегда направлена на что-то.

Таким образом, психологический анализ клинического материала показывает, что структура поведения и мыслительной деятельности взрослого больного не соответствует структуре поведения и мышления ребенка.

Если обратиться к закономерностям развития психических процессов по этапам детства (младенчество, дошкольный, дошкольный, младший, средний, старший школьный возрасты и т. д.), с одной стороны, и к формам распада, с другой — легко увидеть, что ни одна из болезней не приводит к повторению психических особенностей, свойственных этим этапам.

Такое положение вещей вытекает и из общих положений советской психологии. Психическая деятельность возникает рефлекторно на основе прижизненно формирующихся общественно обусловленных связей в результате воспитания и обучения.

Советские психологи (А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия) неоднократно подчеркивали, что материальным субстратом высших психических функций являются не отдельные корковые участки или центры, а функциональная система совместно работающих корковых зон. Эти функциональные системы не созревают самостоятельно при рождении ребенка, а формируются в процессе его жизнедеятельности, лишь постепенно приобретая характер сложных, прочных межфункциональных связей. А. Н. Леонтьев предлагает (вслед за А. А. Ухтомским) обозначить их как «функциональные органы».

Эти положения меняют коренным образом наши представления о сущности развития психики: психические процессы и свойства личности не являются (в отличие от психики животных) результатом созревания отдельных участков или зон мозга. Они складываются в онтогенезе и, следовательно, зависят от образа жизни ребенка.

Болезнь же протекает по биологическим закономерностям, которые не могут повторить закономерности развития. Даже в тех случаях, когда она поражает наиболее молодые, специфически человеческие отделы моз-

га, психика больного человека не принимает структуру психики ребенка на ранней ступени его развития. Тот факт, что больные утрачивают возможность думать и рассуждать на более высоком уровне, означает лишь, что ими утрачены более сложные формы поведения и познания, но подобная утрата не означает еще возврата к этапу детства. Подобный регресс психической деятельности не допускает вывода о качественной однородности отдельных уровней распада и развития. Распад не является негативом развития.

Разные виды патологии приводят к качественно различным картинам распада. Данные экспериментально психологических исследований этих разнообразных форм нарушений психической деятельности являются ценным материалом, который должен быть учтен при построении психологической теории.

ЛИТЕРАТУРА

- Маркс К. и. Энгельс Ф. Соч., т. 3.
 Ленин В. И. Полн. собр. соч., т. 29.
 Абрамов В. В. Объективно-психологическое исследование творчества и других интеллектуальных функций у душевнобольных. Спб., 1911.
 Абрамович Г. Б. О клинко-психологическом эксперименте. «Советская психоневрология», 1939, № 1.
 Абашев-Константиновский А. Л. К вопросу о психопатологии лобных поражений. «Невропатология и психиатрия», 1949, т. XVIII, № 4.
 Абашев-Константиновский А. Л. Проблема сознания в свете клинической психопатологии. «Вопросы психологии», 1958, № 4.
 Авербух Е. С. О запоминании законченных и незаконченных действий при маниакально-депрессивном психозе (опыт изучения аффективно-волевой сферы больных маниакально-депрессивным психозом). «Советская невропсихиатрия», 1936, № 1.
 Аликина А. М. О дифференциальных особенностях трудовых процессов больных генуинной и травматической эпилепсией. Сб. «Эпилепсия и клиника трудоспособности». М., Медгиз, 1939.
 Анфимов В. Я. Сосредоточение внимания и психическая работоспособность при эпилепсии, «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1908, № 11—12.
 Бассин Ф. В. О нарушении значений слов при шизофрении. Канд. дисс. М., 1936.
 Баншиков В. М., Гуськов В. С., Мягков И. Ф. Медицинская психология. М., «Медицина», 1967.
 Бежанишвили Б. И. Некоторое своеобразие фиксированной установки при болезни Пика. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
 Бернштейн А. Н. Экспериментально-психологические схемы интеллектуальных расстройств при душевных болезнях. «Сообщение на заседании Московского общества неврологов и психиатров 30 апреля 1910 г.». М., 1910.

- Бернштейн А. И. Клинические приемы психологического исследования душевнобольных. М., Госиздат, 1922.
- Бехтерев В. М. Объективное исследование нервнопсихической деятельности. «Обозрение психиатрии и неврологии», 1907, № 4.
- Бехтерев В. М. Объективное исследование душевнобольных. «Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1907, № 11—12.
- Бехтерев В. М. и Владычко С. Д. Об экспериментально-объективном исследовании душевнобольных. СПб., 1911.
- Бжалава И. Т. Применение методов изучения фиксированной установки Д. Н. Узнадзе в клинике душевнобольных. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Бжалава И. Т. К психопатологии фиксированной установки при эпилепсии. Сб. «Материалы совещания по психологии». М., Изд-во АПН РСФСР, 1957.
- Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления. Сб. «Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии». М.—Л., 1934.
- Биренбаум Г. В. и Зейгарник Б. В. К динамическому анализу расстройств мышления. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. 4, вып. 6.
- Блейхер В. М., Минц А. Я. О расстройствах памяти при атеросклерозе сосудов головного мозга. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Блумёнау Л. М. К вопросу об исследовании оригинальности ассоциаций. «Вестник психологии», 1906, т. III, вып. 5.
- Блюмина М. Г. О методике экспериментально-психологического исследования детей-олигофренов от 2-х до 5-ти лет. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Богданов Е. И. Методика исследования особенностей зрительного восприятия в условиях неполноты информации. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Вайсфельд М. И. Закономерность в процессе ослабления памяти. «Советская психоневрология», 1933, № 3.
- Валицкая М. К. К вопросу о психофизических изменениях у душевнобольных. «Вестник клинической и судебной психиатрии», 1898, т. VI, вып. 1.
- Валицкая М. К. Исследование ассоциаций душевнобольных. Казань, 1891.
- Валлон А. От действия к мысли. М., ИЛ, 1956.
- Васильев Ю. А. Качественный анализ ошибок при корректурном методе. «Журн. психологии, неврологии и психиатрии», 1924, т. IV.
- Виклова Л. В. Исследование уровня притязаний у детей-олигофренов. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1955.
- Владычко С. Д. Внимание, умственная работоспособность и свободно возникающие ассоциации у больных с ранним слабоумием. «Обозрение психиатрии», 1908, № 6.
- Владычко С. Д. Характер ассоциаций у больных с хроническим первичным помешательством. СПб., 1909.
- «Вопросы философии и психологии», 1894, кн. 25.

- «Второй Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров». «Советская психоневрология», 1936, вып. 1.
- Выготский Л. С. Проблема умственной отсталости. «Избранные психологические исследования». М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.
- Выготский Л. С. Нарушение понятий при шизофрении. «Избранные психологические исследования». М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.
- Выготский Л. С., Самухин Н. В., Биренбаум Г. В. К вопросу о деменции при болезни Пика. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. 3, вып. 6.
- Гаджиев С. Г. К анализу нарушения интеллектуальной деятельности при поражении лобных отделов головного мозга. Канд. дисс. М., 1947.
- Гальперина Р. А. Об особенностях работоспособности и компенсаторных возможностях шизофреников. Сб. «Экспертиза трудоспособности и трудоустройства больных шизофренией». М., Медгиз, 1940.
- Гальперин П. Я. Две концепции высшей нервной деятельности в их отношении к психологии. «Советская психоневрология», 1933, вып. 2.
- Гальперин П. Я. и Голубева Р. А. Механизмы парафазий комплексного типа. «Советская психоневрология», 1933, № 6.
- Гальперин П. Я. Умственное действие как основа формирования мысли и образа. «Вопросы психологии», 1957, № 6.
- Гальперин П. Я. Развитие исследований по формированию умственных действий. Сб. «Психологическая наука в СССР», т. I. М., Изд-во АПН РСФСР, 1959.
- Геллерштейн С. Г. Восстановительная трудовая терапия в системе работы эвакогоспиталей. М., Медгиз, 1943.
- Голант Р. Я., Янковский А. Е. Некоторые экспериментальные данные к вопросу о распаде мышления при шизофрении. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 2—3.
- Голант Р. Я. О запоминании законченных и незаконченных действий при прогрессивном параличе. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, № 6.
- Голант Р. Я. О расстройствах памяти. М.—Л., 1925.
- Голодец Р. Г., Зейгарник Б. В., Рубинштейн С. Я. Особенности нарушений психики при астенических состояниях, обусловленных профвредностью. «Вопросы психологии», 1963, № 5.
- Гутман Л. С. Экспериментально-психологические исследования маниакально-меланхолического психоза (состояние сосредоточения, внимания, умственная работоспособность и ассоциации). «Серия докторских диссертаций». СПб., 1909, № 15.
- Дементьева Н. Ф. Изменение эмоционально-волевой сферы у больных шизофренией при психогенно-обусловленных рецидивах заболевания. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Докучаева М. А. Об использовании методики счета по Крепелину в психиатрической клинике. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.

- Дубинин А. М. и Зейгарник Б. В. К вопросу о травматическом слабоумии. «Невропатология и психиатрия», 1940, № 7—8.
- Дукельская И. Н., Мелехов Д. Е. и Коробкова Э. А. Экспертиза трудоспособности и трудоустройство больных шизофренией в состоянии ремиссии. «Методическое письмо ЦИЭТИНа». М., Медгиз, 1955.
- Дукельская И. Н. и Коробкова Э. А. Врачебно-трудовая экспертиза и трудоустройство больных шизофренией. М., Медгиз, 1958.
- Евлахова Э. А. Типы мышления при шизофрении. Сб. «50 лет психиатрической клиники им. С. С. Корсакова». М., Медгиз, 1940.
- Залманзон А. Н. Структура и границы шизофренического слабоумия. «Советская психоневрология». Харьков, 1937.
- Залманзон А. Н. Проблема системного слабоумия. Сб. «Труды психиатрической клиники 1-го ММИ». М., 1937.
- Залманзон А. Н. К вопросу об основном расстройстве при шизофрении. Сб. «Труды психиатрической клиники 1-го ММИ». М., 1934, вып. 5.
- Залманзон А. Н. и Скорнякова С. И. К вопросу о структуре шизофренического и эпилептического мышления. Сб. «Труды психиатрической клиники 1-го ММИ». М., 1934, вып. 4.
- Занков Л. В., Петрова В. Г. Сравнительное исследование различия сходного материала у умственно отсталых и нормальных школьников. «Известия АПН РСФСР», 1954, вып. 57.
- Запорожец А. В. Развитие произвольных движений. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.
- Зверева М. В. и Липкина А. М. О сравнении предметов умственно отсталыми школьниками. Сб. «Особенности познавательной деятельности у учащихся вспомогательной школы». М., Изд-во АПН РСФСР, 1953.
- Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. Об экспериментально-психологических исследованиях в психоневрологических учреждениях. «Методическое письмо». М., 1956.
- Зейгарник Б. В. Нарушения мышления у психически больных. М., 1958.
- Зейгарник Б. В. Особенности компенсации недостатков психической деятельности у больных церебральным артериосклерозом. Сб. «Сосудистые заболевания головного мозга». М., 1961.
- Зейгарник Б. В. Патология мышления. Изд-во МГУ, 1962.
- Зейгарник Б. В. Соотношение распада и развития психики. Сб. «Проблемы психоневрологии детского возраста». М., 1964.
- Зейгарник Б. В. Экспериментально-психологические исследования изменений личности у психически больных. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Зейгарник Б. В. К проблеме понимания переносного смысла слов или предложений при патологических изменениях мышления. Сб. «Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии». М., Медгиз, 1934.
- Зейгарник Б. В. Психологический анализ посттравматического снижения и дефекта. «Сборник трудов Центрального института психиатрии МЗ РСФСР». М., 1941.
- Зейгарник Б. В. К вопросу о локальном и общемозговом факторах при лобных нарушениях мозга. «Невропатология и психиатрия», 1943, т. XII, вып. 6.

- Зейгарник Б. В. Психологический анализ постконтузионных нарушений слуха и речи. М., Медгиз, 1943.
- Зейгарник Б. В. Данные экспериментально-психологического исследования при травмах лобных долей мозга. «Сборник трудов ЦИП», 1947, т. 3.
- Зейгарник Б. В. Экспериментально-психологическое исследование больных с травмами головного мозга. Сб. «Нервные и психические заболевания военного времени». М., Медгиз, 1948.
- Зейгарник Б. В. Нарушение спонтанности при травмах лобных долей мозга. Сб. «Неврология военного времени», т. 1. М., Медгиз, 1949.
- Зейгарник Б. В. и Биренбаум Г. В. К проблеме смыслового восприятия. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 6.
- Зейгарник Б. В. и Гальперин П. Я. Психологические изменения после лейкотомии у шизофреников. «Невропатология и психиатрия», 1948, т. 17, вып. 4.
- Зейгарник Б. В. и Кагановская Э. Л. К психопатологии негативизма при эпидемическом энцефалите. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. 8.
- Зейгарник Б. В. и Рубинштейн С. Я. Экспериментально-психологические лаборатории в психиатрических клиниках Советского Союза. «Психологическая наука в СССР», т. II. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.
- Иванников Ю. В. Методика исследования некоторых особенностей процесса зрительного опознавания. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Иванова А. Я. Обучающий эксперимент как метод психологического исследования детей с аномалиями психического развития. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Иванова А. Я. Принципы построения «обучающего эксперимента». Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Ильин А. В. О процессах сосредоточения (внимания) у слабоумных душевнобольных. «Известия Военно-медицинской академии». СПб., 1909, № 3.
- Кекчеев К. Х. Применение хроноциклографического метода к изучению патологических находок. «Психология, невропатология и психиатрия», 1923, т. 2.
- Киященко Н. К. Апробация варианта методики ТАТ. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Климушева Т. А. Экспериментально-психологические исследования больных параноидной формой шизофрении с синдромом психологического автоматизма. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Коган В. М. Трудоустройство психически больных. Сб. «Инструктивно-методические материалы по вопросам врачебно-трудовой экспертизы и трудоустройства». М., 1940.
- Коган В. М. Особенности работоспособности психически больных (шизофренией и эпилепсией) и мероприятия по организации их труда. «Тезисы докладов на научной сессии 3—7 февраля 1941 г.». М., 1941.
- Коган В. М. и Костомарова Н. М. Особенности работоспособности и трудоустройства шизофреников. Сб. 14. «Экспертиза

- трудоспособности и трудоустройства больных шизофренией». М., 1940.
- Коган В. М. Восстановление речи при афазии. М., «Медицина», 1963.
- Коган В. М. О принципе исследования совмещения. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Кожин М. К., Перепелкин В. И. Об особенностях ассоциаций у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Конорова М. П. Психологический анализ астенических состояний при истощении (у детей и подростков). «Сб. трудов больницы им. Кащенко», 1945, № 4.
- Конорова М. П. Психологические данные при изучении вяло текущей шизофрении в детском возрасте. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. VI, № 11.
- Конорова М. П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. М., Медгиз, 1963.
- Коробкова Э. А. и Саввич М. Г. Психологические особенности работоспособности невротиков. «Тезисы докладов научной сессии ЦИЭТИНа 11—15 февраля 1936 г.». М., Профиздат, 1936.
- Коробкова Э. А. Экспериментальное исследование факторов, стимулирующих и тормозящих работоспособность. «Проблемы экспертизы трудоспособности и диагностика пограничных состояний». М., Биомедгиз, 1939.
- Коробкова Э. А. Трудоустройство эпилептиков. «Социальное обеспечение», 1940, № 9.
- Коробкова Э. А. Параметр времени в патопсихологическом эксперименте. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Корсаков С. С. К психологии микроцефалии. «Вопросы философии и психологии», 1894, кн. 1.
- Корсаков С. С. Медико-психологические исследования одной формы нарушения памяти. М., 1894.
- Костикова В. В. Психологический анализ жалоб больных в сопоставлении с объективными клиническими и экспериментально-психологическими данными о так называемой внутренней картине болезни. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Костикова В. В. О практической работе психолога в психиатрической больнице. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Костомарова Н. М. Качественная характеристика деградации интеллектуальной деятельности у больных с диффузными изменениями центральной нервной системы в результате травмы головы. Сб. «Травматические повреждения центральной нервной системы». М., Медгиз, 1940.
- Коченов М. М. Опыт экспериментального исследования мотивационной сферы больных. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Критская В. П. Методики для исследования особенностей восприятия речи. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.

- Критская В. П. Особенности восприятия речи больными шизофренией. Канд. дисс. М., 1966.
- Курганов Ж. Л. Психологический эксперимент в клинике мозгового артериосклероза. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. 4.
- Куталия Н. А. К методу исследования понятийного мышления при шизофрении. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Ланге Н. Н. Психологические исследования. Одесса, 1893.
- Лебединский М. С. К вопросу о речевых расстройствах у шизофреников. «Советская психоневрология», 1933, № 3.
- Лебединский М. С. Об особенностях нарушений психики при поражениях правого полушария. Сб. «Проблемы современной психиатрии». М., 1945.
- Лебединский М. С. К вопросу о речевых расстройствах у шизофреников. «Советская психоневрология», 1938, № 3.
- Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Медицинская психология. М., «Медицина», 1966.
- Лебединский М. С. О некоторых принципах и задачах психологического исследования в клинике. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Лебединский М. С. Нарушение движений и действий у больных с поражением лобных долей мозга. Канд. дисс. М., 1967.
- Леонтьев А. Н. О некоторых перспективных проблемах советской психологии. «Вопросы психологии», 1967, № 6.
- Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.
- Леонтьев А. Н. Очерк развития психики. М., 1947.
- Леонтьев А. Н. Природа и формирование психических свойств и процессов человека (доклад на XIV Международном конгрессе по психологии). «Вопросы психологии», 1955, № 1.
- Леонтьев А. Н. Биологическое и социальное в психике человека. «Вопросы психологии», 1960, № 6.
- Леонтьев А. Н. и Розанова Т. В. Зависимость образования ассоциативных связей от содержания действия. «Советская педагогика», 1951, № 10.
- Лурия А. Р. Проблемы высшей нервной деятельности нормально-го и аномального ребенка, тт. I—II. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956—1958.
- Лурия А. Р. Сопряженная моторная методика в исследовании аффективных реакций. «Труды института психологии». М., 1928.
- Лурия А. Р. Травматическая афазия. М., Изд-во АМН СССР, 1957.
- Лурия А. Р. Восстановление функций мозга после военной травмы. М., Изд-во АМН СССР, 1948.
- Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. Изд-во МГУ, 1962.
- Лурия А. Р. Мозг человека и психические процессы. М., Изд-во АПН РСФСР, 1963.
- Лурия А. Р. и Хомская Е. Д. Нарушение интеллектуальных операций при поражениях задне-лобной области. «Доклады АПН РСФСР», 1962, № 6.

- Лурья Р. А. Внутренняя картина болезни и патогенные заболевания. М., 1944.
- Максимова Э. Л. К оценке и использованию данных экспериментально-психологического исследования больных шизофренией, развивавшейся вслед за гриппом. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Мандрусова Э. С. Роль экспериментально-психологического исследования при оценке расстройств мышления у детей. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Мандрусова Э. С., Райская М. И. Клинико-психологический анализ одного диагностически сложного случая. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Меерович Р. И. Экспериментальный анализ кривой работоспособности больных с маниакальным и депрессивным синдромами. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, т. IV, вып. I.
- Меерович Р. И. Психологический анализ тенденции завершения при прогрессивном параличе. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, № 1.
- Меерович Р. И. и Кондратская К. М. Уровень притязания у детей-истериков. Сб. «Психические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей», т. V. Л., 1936.
- Меерович Р. И. и Плотникова Е. Е. Успех и неуспех и его влияние на уровень притязаний при истерии. Сб. «Советская невропсихиатрия», 1936, т. I.
- Мелешко Т. К. Особенности актуализации знаний больными шизофренией в процессе мышления. Канд. дисс. М., 1966.
- «Методы экспериментального исследования личности». СПб., 1908.
- Мясищев В. Н. Работоспособность и болезнь личности. «Психиатрия, неврология и психогигиена», 1935, № 8—10.
- Мясищев В. Н. Личность и труд аномального ребенка. «Психические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей». Л., 1936.
- Мясищев В. Н. Психические функции и отношения. «Уч. зап. ЛГУ», 1949, № 119.
- Мясищев В. Н. О значении психологии для медицины. «Вопросы психологии», 1956, № 3.
- Мясищев В. Н. Проблемы, методы и значение медицинской психологии. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Непомнящая Н. И. Некоторые условия нарушения регулирующей функции речи у умственно отсталых детей. Сб. «Проблемы высшей нервной деятельности нормального и аномального ребенка», т. I. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.
- Никольский В. Н. Типы планирования и выполнения задач трудновоспитуемыми детьми. Сб. «Психологические особенности трудновоспитуемых и умственно отсталых детей». Л., 1936.
- Образцов В. Н. Письмо душевнобольных. Канд. дисс. СПб., 1904.
- Осипова В. Н. Психология комплексов и ассоциативный эксперимент по работам Цюрихской клиники. «Невропатология и психиатрия», 1908, № 6.
- Павлов И. П. Полн. собр. соч., тт. III—IV. М., Изд-во АН СССР, 1951—1952.

- Павловская Л. С. Экспериментально-психологическое исследование по методу акад. В. М. Бехтерева и д-ра С. Д. Владычко над детьми-идиотами и больными с юношеским слабоумием. «Обозрение психиатрии». СПб., 1909.
- Певзнер М. С. Дети-олигофрены. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.
- Перельман А. А. Очерки расстройств мышления. Томск, 1957.
- Перепелкин В. И. Особенности сравнения наглядных объектов у детей, больных эпилепсией. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Петрова А. Е. и Аникина А. М. К вопросу о характере трудоспособности при шизофрении. «Проблемы пограничной психиатрии». М., Медгиз, 1935.
- Петрова А. Е. и Аникина А. М. Роль психологического эксперимента в определении трудоспособности больных генуинной эпилепсией. «Невропатология, психиатрия и психогигиена», 1936, № 5.
- Пинский Б. И. Исследование психических особенностей деятельности детей в диагностических целях. «Вопросы психологии», 1968, № 2.
- Поварнин К. Н. Внимание и его роль в простейших психических процессах. СПб., 1906.
- Поляков Ю. Ф. Особенности нерезко выраженных нарушений мышления при шизофрении. Канд. дисс. М., 1961.
- Поляков Ю. Ф. Сравнительная характеристика нарушения динамики мышления у больных начальным артериосклерозом сосудов головного мозга и у больных шизофренией. Сб. «Проблемы сосудистых заболеваний головного мозга», т. II. М., 1961.
- Поляков Ю. Ф. Особенности методических приемов исследования нарушения познавательных процессов при шизофрении. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Полякова М. Я. Запоминание «намерения» у истериков и неврастеников. «Советская невропсихиатрия», 1936, т. II.
- Протопопов З. П. и Рушкевич Е. А. Исследование расстройств абстрактного мышления у психически больных и их физиологическая характеристика. Киев, 1956.
- «Протоколы заседаний общества экспериментальной психологии». «Обозрение психиатрической, неврологической экспериментальной психологии». СПб., 1904.
- Родионова Е. А. Методика исследования распада навыков у психически больных детей. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Розенблюм И. И. К сравнительной характеристике шизофренического и паралитического слабоумия. Сообщение I. «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1934, т. III, вып. II.
- Рубинштейн С. Л. Вопросы психологической теории. «Вопросы психологии», 1955, № 1.
- Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. М., Изд-во АН СССР, 1957.
- Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., Государственное учебно-педагогическое издательство Наркомпроса РСФСР, 1940.
- Рубинштейн С. Л. О мышлении и путях его исследования. М., Изд-во АН СССР, 1958.

- Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого ребенка. М., Учпедгиз, 1959.
- Рубинштейн С. Я. Восстановление трудоспособности после военных травм мозга. Канд. дисс. М., 1944.
- Рубинштейн С. Я. Методика исследования сенсомоторной сферы больных, страдающих сосудистыми заболеваниями. Сб. «Сосудистые заболевания головного мозга». М., 1960.
- Рубинштейн С. Я. Экспериментально-психологическое исследование больных с диэнцефальной патологией различного генеза. «Глубокие структуры головного мозга и проблемы психиатрии». М., 1966.
- Рубинштейн С. Я. Методики экспериментальной патопсихологии. М., 1962.
- Рубинштейн С. Я. Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Рубинштейн С. Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Рубинштейн С. Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга. «Неврология военного времени», т. I. М., Медгиз, 1949.
- Рубинштейн С. Я. О рефлекторной природе галлюцинаций. Доклад на Всесоюзном совещании по психологии. «Материалы совещания по психологии». М., Изд-во АПН РСФСР, 1957.
- Рубинштейн С. Я. О сочетании патопсихологического эксперимента с лекарственными воздействиями. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Рузер В. И. Роль экспериментально-психологического исследования в психогигиенической работе в вузах. «Советская психоневрология», 1935, т. 5, вып. 2.
- Рыбаков Ф. Г. Атлас для экспериментально-психологического исследования личности. М., 1910.
- Савицкая Л. В. К динамике речевых расстройств у больных шизофрений под влиянием лечения. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Станишевская Н. Н. К методологии психологического эксперимента в клинике судебной психиатрии. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Сагалова С. Р. Некоторые данные психологического исследования больных с артериосклерозом головного мозга. Сб. «Артериосклероз головного мозга и трудоспособность». М., Биомедгиз, 1934.
- Сахаров Л. С. Образование понятий у умственно отсталых детей. «Вопросы дефектологии», 1928, № 2.
- Сеченов И. М. Избранные философские и психологические произведения. М., Госполитиздат, 1947.
- Тепеница Т. И. Сравнительная характеристика предметной и словесной классификаций как методов исследования мышления

- при сосудистых и других заболеваниях. Сб. «Сосудистые заболевания головного мозга». М., 1961.
- Тепеницына Т. И. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы. «Вопросы психологии», 1959, № 5.
- Тепеницына Т. И. Психологическая структура резонерства. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Тепеницына Т. И. Психологический эксперимент в исследовании личностного компонента мышления. Сб. «Психологические методы исследования в клинике». Материалы симпозиума 14—17 февраля 1967 г. Л., 1967.
- Теплов Г. М. Психология. М., ОГИЗ, 1946.
- Тихомиров О. К. О познавательной ценности имитации творческого мышления на ЭВМ. «Материалы к польско-советскому симпозиуму». М., Изд-во АН СССР, 1967.
- Тихомиров О. К. Структура мыслительной деятельности человека. (Опыт теоретического и экспериментального исследования). Докт. дисс. М., 1968.
- Терехов В. А. Исследование механизмов регуляции поиска решения задач (эвристика). Канд. дисс. М., 1968.
- Токарский А. А. К вопросу об ассоциации идей. «Вопросы философии и психологии», 1896, кн. 21—35.
- Токарский А. А. О глупости. «Вопросы философии и психологии», 1896, кн. 35.
- Токарский А. А. Записки психологической лаборатории психиатрической клиники МГУ. «Вопросы философии и психологии» 1896, кн. 21—35.
- Топоркова М., Кенигсберг Л. О соотношении различных умственных и двигательных процессов. «Вестник психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии», 1911, вып. 5.
- Ураков И. Г. Клинико-психологические особенности больных с вяло протекающей параноидной шизофренией. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- «Труды XIV сессии Украинского, психоневрологического института» 1947, т. XXIII.
- «Философские вопросы физиологии высшей нервной деятельности и психологии». М., Изд-во АН СССР, 1963.
- Хвиливицкий Т. Я. Отношение к работе и его роль в развитии кривой работы психоневротика «Советская невропатология, психиатрия и психогигиена», 1935, № 4.
- Храмцова С. Т. Апробация методики «сравнение понятий» в детской психоневрологической клинике. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Чижев В. Ф. Экспериментальные исследования по методу компликации об аперцепции простых и сложных представлений. «Вестник психиатрии», 1885, т. 1.
- Чижев В. Ф. Измерение времени элементарных процессов у душевнобольных. «Вестник психиатрии», 1885, т. III.
- Чижев В. Ф. Широта восприятия у душевнобольных. «Архив психиатрии». М., 1890.
- Шарашидзе Г. И. Об особенностях процесса внимания при шизофрении в связи с лечением инсулином и нейролептиками. Сб. «Вопросы экспериментальной патопсихологии». М., 1965.
- Шевелев Е. А. О мышлении вслух при психических заболеваниях. «Советская психоневрология», 1937, № 1.

- Шиф Ж. И. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы. М., «Просвещение», 1965.
- Шуберт А. М. Патопсихологическая характеристика случая с нарушением зрительных пространственных восприятий. Сб. «Профилактика, клиника и терапия психических заболеваний», 1938, № 3.
- Шуберт А. М. Шизофреноподобные нарушения интеллектуальной деятельности при органических заболеваниях мозга, т. V. М., 1946.
- Шуберт А. М. Шизофреноподобные нарушения интеллектуальной деятельности больных с черепномозговыми травмами. Сб. «Проблемы психиатрии военного времени». М., 1965.
- Шуберт А. М. О некоторых особенностях нарушения интеллектуальной деятельности при лобных травмах. Сб. «Проблемы клиники и терапии психических заболеваний». М., 1949.
- Шуберт А. М. О расстройствах отвлечения и обобщения при шизофрении и их патофизиологические основания. «Вопросы психологии», 1955, № 4.
- Шуберт А. М. О некоторых нарушениях познавательной деятельности при травмирующей ситуации. Сб. «Материалы совещания по психологии». М., Изд-во АПН РСФСР.
- Эпштейн А. Л. О некоторых особенностях внимания у душевнобольных. «Психология, неврология и психиатрия», 1933, № 2.
- Beringer L. Sprache und Denkstörungen bei Schizophrenie. «Zs. Neurol.», 1927, Bd. 103.
- Berze J., Gruhle H. W. Psychologie der Schizophrenie. Berlin, 1929.
- Cameron N. The psychology of behavior disorders. Boston, 1947.
- Cattell R. B. Personality. N. Y., 1950.
- Chapman L. J., Burstein A. G., Day D., Verdone P. Regression and disorders of thought. «Abnorm. soc. Psychol.», 1961, № 63, pp. 540—545.
- Delay J. Etudes de psychologie medicale. Paris, 1953.
- Destunis G. Einführung in die medizinische Psychologie. Berlin, 1955.
- Janet P. La medicine psychologique. Paris, 1923.
- Hanfmann E., Kasanin J. S. Conceptual Thinking in Schizophrenia. N. Y., 1942.
- Lagache D. Psychologie clinique et methode clinique. «Evolution psychiatrique», 1949, April-Juni.
- Lotze R. H. Medizinische Psychologie. Leipzig, 1852.
- Madsen K. B. Theories of Motivation. Munksgaard, 1968.
- Murray H. Thematic Apperception Test. Cambridge, 1943.
- Payne R. W., Mattusek P., George H. An Experimental study of schizophrenic thought disorder. «J. Med. Sci.», 1959, No. 105, p. 627.
- Piaget J. La Psychologie de l'Intelligence. Paris, 1952.
- Pichot P. Les testes de personnalité en psychiatrie. Paris, 1956.
- Pittrich O. Denkstörungen bei Hirnverletzten, «Samml. psychiatr. u. neurol. Einzeldarstellungen». Leipzig, 1944.
- Rey A. Monographies de psychologie clinique. Neuchatel — Paris, 1952.
- Rotschild D. Senile psychoses with cerebral arterioscleroses. «Mental disorders in later life». Stanford — London, 1945.

- Scheid K. F. Die Psychologie des erworbenen Schwachsinn. «Zentralbl. Neurol. u. Psychiatr.», 1939, Bd. 107.
- Szekely L. Knowledge and Thinking. «Acta Psychologica», 1950, No. 1.
- Wechsler D. Manual for the Wechsler adult Intelligence Scale. N. Y., 1955.
- Wechsler D. Measurement and evaluation of intelligence of older persons in Old Age in the modern world. London, 1954.
- Zavalloni R. La psicologia clinica nello studio del ragazzo. Milano, 1957.

S. L. W.
Psychol. Sci., 1950.
Intelligence Scale.
Intelligence Scale.
London, 1954.
o del ragazzo. Mila-

11/10/54

Неандертальцы

Неандертальцы, ископаемые древние люди, создавшие археологические культуры раннего палеолита. Скелетные остатки неандертальцев открыты в Европе, Азии и Африке. Время существования 200 — 35 тыс. лет назад. *Как установили исследования генетического материала неандертальцев, они, видимо, не являются прямыми предками современного человека.*





Портреты Пещерных говорящих приматов из книги «люди Каменного века», автор М.М. Герасимов. 1964 г.

они действительно вымерли?



Таблица 15. 1964 г. 15

Мальчик из пещеры в Д. Пещера

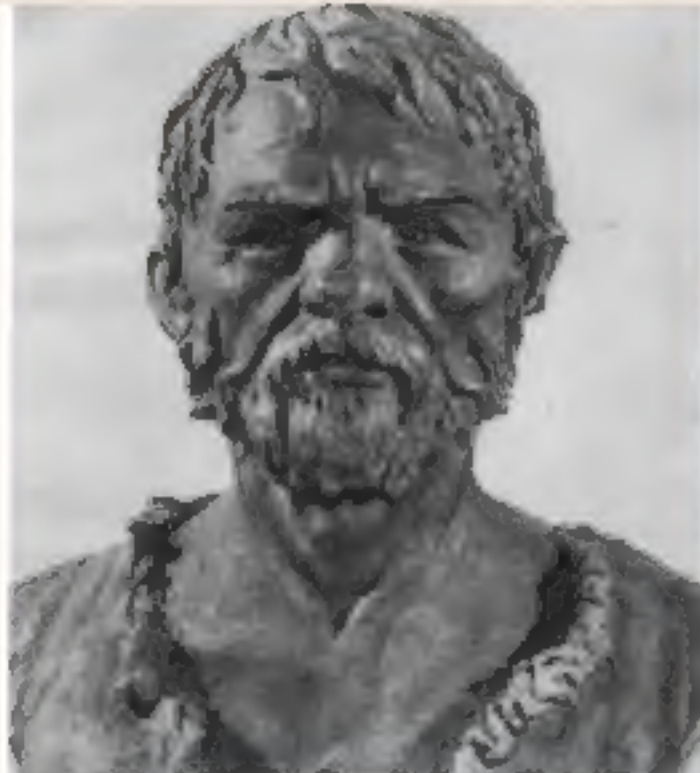


Таблица 16. 1964 г. 16

Хороший из Д. Пещера II



Таблица 17. 1964 г. 17

Мальчик из пещеры в Д. Пещера



Таблица 18. 1964 г. 18

Хороший из Д. Пещера



Таблица 5. 1964 г. 5

Хороший из Д. Пещера



Хороший из Д. Пещера



Таблица 11. 1964 г. 11

Хороший из Д. Пещера



Таблица 12. 1964 г. 12

Хороший из Д. Пещера

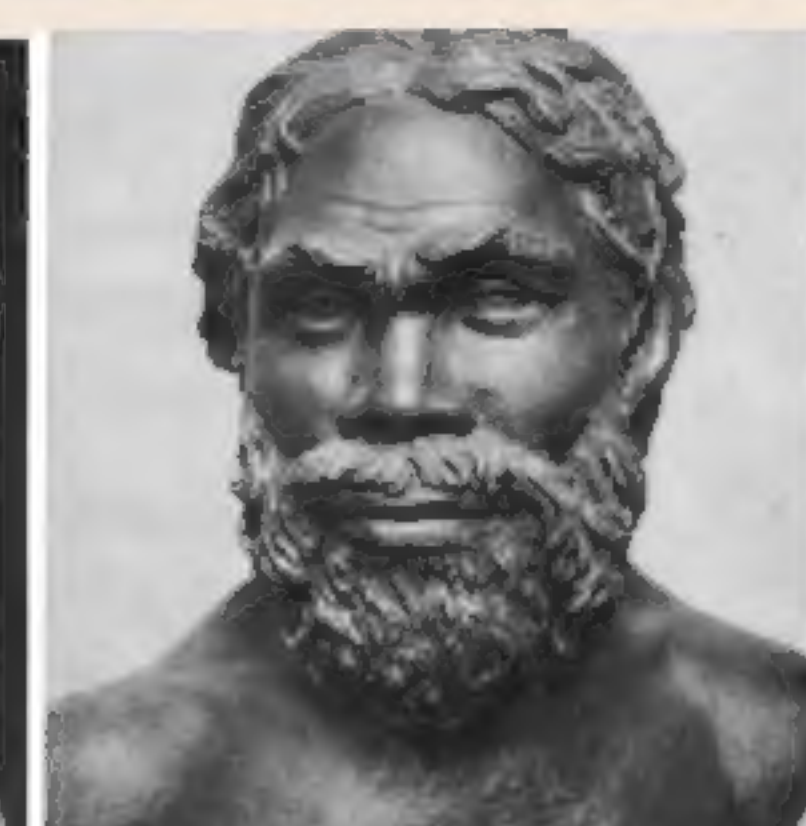


Таблица 13. 1964 г. 13

Хороший из Д. Пещера

**ВСЕГДА
не верьте
тому что
кажется,
верьте
ТОЛЬКО
доказательствам.**



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.